

Arbeitspapier Nr. 20 / 2001

**Der Ministerwechsel im  
Bundesgesundheitsministerium 2001**

Wolfram Burkhardt

**Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main  
Zentrum der Psychosozialen Grundlagen der Medizin  
Institut für Medizinische Soziologie**

**November 2001**

## Inhalt

	<b>S.</b>
<b>1. Die Ausgangslage</b>	<b>4</b>
<b>2. Reaktionen auf das Gesundheitsreformgesetz 2000; Chronologie der Kämpfe in der Gesundheitspolitik 2000</b>	<b>6</b>
<b>3. Der Druck auf die grüne Gesundheitsministerin Fischer nimmt zu</b>	<b>27</b>
<b>4. Der Rücktritt Fischers</b>	<b>32</b>
<b>5. Der Übergang zur neuen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt</b>	<b>33</b>
<b>6. Vorläufige Bilanz und Ausblick</b>	<b>36</b>
<b>7. Verzeichnis der verwandten Abkürzungen</b>	<b>38</b>
<b>8. Literatur</b>	<b>38</b>
<b>9. Verwandte Zeitschriften und Zeitungen</b>	<b>38</b>

# **Der Ministerwechsel im Bundesgesundheitsministerium 2001**

## **1. Die Ausgangslage**

Die Ende September 1998 gewählte neue rot-grüne Bundesregierung hatte sich recht schnell auf einen eigenständigen politischen Gestaltungsanspruch der gesundheitlichen Versorgung einigen können. (Deppe 2000, 190) Vermittels des als Sofortmaßnahme verabschiedeten Vorschaltgesetzes sollten kurzfristig diejenigen Weichenstellungen rückgängig gemacht werden, die noch unter der konservativen Regierung durchgesetzt wurden. Grundsätzlichere Veränderungen waren mit dem Gesetz zur Strukturreform des Gesundheitswesens zum Beginn des Jahres 2000 geplant. (ebd., 157) Die Koalitionsvereinbarungen zur Gesundheitspolitik standen unter der Überschrift „Leistungsfähiges und bezahlbares Gesundheitssystem für alle“. (ebd.) Rot-Grün versprach eine „sozial gerechte Gesundheitspolitik“, die auf dem Solidar- und Sachleistungsprinzip und einer damit verbundenen paritätisch finanzierten Krankenversicherung beruhte. (ebd.) Der Gesundheitsförderung, der Gesundheitsvorsorge und der Rehabilitation wurde ein hoher Rang eingeräumt. Wie für die konservativ-liberale Koalition ist jedoch auch für die Koalition von SPD und Grünen Gesundheitspolitik zuallererst Standortpolitik - daher genoß die Stabilität der Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von Beginn an höchste Priorität. (Gerlinger 2001) Zu ihrer Gewährleistung entschloß sich die Bundesregierung unter der neuen Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer (Grüne) zu einer strikten Budgetierung der GKV-Ausgaben. Diese Festlegung von Ausgabenobergrenzen und ihre Folgen - ob real oder behauptet - sollten im Verlauf der Legislaturperiode auf eine zunehmende Kritik stoßen, die sowohl von der Ärzteschaft als auch von den Patienten vorgetragen wurde. Zwischen dem Ziel der Beitragssatzstabilität und dem Ziel einer alles medizinisch Notwendige umfassenden Versorgung schien ein Konflikt aufzubrechen.

Ein zweites zentrales Problem bahnte sich bei Fischers Amtsantritt im Lager der Krankenkassen an: Mit den Folgen der seit 1997 wirksam gewordenen Wahlfreiheit zwischen den Kassen kam es zu schweren Verwerfungen.

Deppe bezeichnete die Gesundheitspolitik der rot-grünen Regierung in einer Zwischenbilanz nach zwei Jahren grundsätzlich als „ambivalent“: Zum einen setzte sich die Regierung vom Politikmuster der zweiten Hälfte der Ära Seehofer ab, die sich vermittels der Installation von Marktmechanismen und einer einseitigen Abwälzung der Kosten auf die Patienten einer Steuerung der Versorgung zu entledigen suchte. (Deppe 2000, 190) Andererseits verblüffte die Kontinuität, die besonders in der Orientierung am Grundsatz der Beitragsstabilität ersichtlich wurde und so die Gesundheitspolitik strikt den Imperativen der Wirtschaftspolitik unterordne-

te, statt beispielsweise Alternativen in Erwägung zu ziehen und die Finanzierung der GKV an die Dynamik des Bruttoinlands- produkt zu koppeln. (ebd.) Das Volumen der strikt budgetierten Ausgaben insbesondere für Arzneimittel bemißt sich mit der Koppelung an die Entwicklung der Löhne und Gehälter so an einer kritischen volkswirtschaftlichen Bestimmungsgröße, nicht an einem bestimmten zu ermittelnden gesundheitlichen Versorgungsbedarf. Die Folgen der Budgetierung sollten denn sowohl Kritiker auf den Plan rufen, die im Namen von Patienten vor der Gefährdung der medizinisch notwendigen Versorgung warnten, als auch diejenigen alarmieren, denen als Erbringer von Gesundheitsleistungen bei Überschreitung ihrer verordneten Budgets Rückforderungen in einer maximalen Höhe von fünf Prozent angedroht wurden. (Deppe 2000, 159)

Begrüßten die Gewerkschaften und die Spitzenverbände der Krankenkassen die ersten gesundheitspolitischen Maßnahmen der Bundesregierung .- allerdings unter der Maßgabe, daß sie solide gegenfinanziert würden -, wandten sich die Arbeitgeberverbände, die Verbände der Pharmazeutischen Industrie wie auch die Kassenärztliche Bundesvereinbarung (KBV) und der Spitzenverband der Apotheker gegen die rot-grünen Vorhaben. Fürchteten die Arbeitgeber Beitragssatzerhöhungen und protestierte die Pharmaindustrie gegen die geplante Positivliste für Arzneimittel, schreckte die Ärzte vor allem das Arzneimittelbudget. (Deppe 2000, 162 f.) Bereits Ende 1998 kam es zum sogenannten „Ärztestreik“, der von den Krankenkassen, dem DGB und der VdK als „unverantwortlich“ kritisiert wurde. (ebd., 165)

Das eigentliche Reformvorhaben der Regierung wurde mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 angestrebt - „ein anspruchsvolles Programm zur Renovierung des Gesundheitssystems“. (Deppe 2000, 169) Infolge des Widerstands der Opposition und verschiedener Verbände sowie eines neoliberalen Kurswechsels der Regierung in Richtung der „neuen Mitte“ wurde jedoch lediglich ein modifizierter Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform 2000 auf den Weg gebracht. Ausgekoppelt wurde der gesamtdeutsche Risikostrukturausgleich (RSA) in der GKV, der ebenfalls zum Beginn des Jahres 2000 in Kraft trat.

Im Jahre 2000 standen so vornehmlich zwei Problemkomplexe der Gesundheitspolitik im Mittelpunkt der Auseinandersetzungen: Die Finanzierung der GKV unter der Maßgabe von Budgetierungen sowie unter den Bedingungen des verschärften Kassenwettbewerbs und eines umstrittenen Risikostrukturausgleichs. Hinzu kam der schwelende Konflikt zwischen dem Anspruch einer umfassenden medizinischen Versorgung und dem Verweis verschiedener Interessengruppen auf ihre Gefährdung bzw. ihre nicht mehr aufrechtzuerhaltende Finanzierung durch das her-

kömmliche System, die marktradikale Forderungen nach Privatisierung und Inwertsetzung auch in der gesundheitspolitischen Debatte lauter werden ließen.

Das Gesundheitswesen wird oftmals als ein „Dschungel“ bezeichnet, in dessen Fallstricken sich Gesundheitspolitiker und Wissenschaftler leicht verheddern können. Im folgenden geht es nicht um eine Topographie dieses „Dschungels“. Es wird lediglich chronistisch skizziert, welche Konflikte sich im Verlauf des Jahres 2000 im Feld der Gesundheitspolitik entsponnen. Der vornehmlich anhand der Berichterstattung der Presse nachgezeichnete Verlauf dieser Auseinandersetzungen orientiert sich am Zeitraum seit der Verabschiedung der Gesundheitsreform 2000 bis hin zum Ministerwechsel im Bundesgesundheitsministerium im Januar 2001.

## ***2. Reaktionen auf das Gesundheitsreformgesetz 2000; Chronologie der Kämpfe in der Gesundheitspolitik 2000***

Zu Beginn des Jahres **2000** - kurz nach der Einführung der Gesundheitsreform der rot-grünen Regierung - setzte sich die Debatte über die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen fort. So meldeten z.B. die Privatversicherer im Januar, daß ihre Leistungsausgaben pro Kopf in den letzten zehn Jahren um 72 Prozent und damit stärker als in der GKV (plus 44%) gestiegen wären. (FAZ, 3.1.2000)

Altbekannte Forderungen kamen von Seiten des Ärzteverbandes Hartmannbund, der Anfang **Januar 2000** denn auch gleich eine Protestkampagne gegen die rot-grüne Gesundheitspolitik ankündigte. Diese sollte im Vorfeld der Landtagswahlen in Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen vermittels einer „Politisierung der Wartezimmer“ stattfinden: Für die Ärzte sei die Grenze des Zumutbaren erreicht (FAZ, 7.1.2000). Unannehmbar sei die finanzielle Begrenzung der Leistungen durch Budgetierungen. Statt dessen stellte der Verband die altbekannte sozialversicherungsfeindliche Forderung nach Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten. Es sei mehr Transparenz bei den Abrechnungen, „sozialverträgliche Selbstbeteiligung“ sowie die Einführung von Wahlтарifen in der GKV notwendig. Nicht jeder Patient müsse schließlich jedes Risiko versichern; bei Erkältungskrankheiten oder Zahnersatz könnten die Patienten zudem stärker zur Kasse gebeten werden (ebd.).

Auch von Seiten der gesetzlichen Krankenkassen wurde deutlich, daß das Jahr 2000 in der Gesundheitspolitik alles andere als friktionslos verlaufen würde: Die AOK berichtete so zu Beginn des Jahres, daß sich bei den Kassen immer mehr Patienten über ihre Behandlungen beschwerten. Diese Entwicklung habe 1997 eingesetzt, so der AOK-Pressesprecher (FAZ, 8.1.2000). Aber nicht die Arbeit der Ärzte sei schlechter geworden, so der Hauptgeschäftsführer der Ärztekammer

in Hessen. Zwar sei die Zahl der Fälle bei den Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärztekammer in den letzten Jahren gestiegen, aber er führte das auf die gestiegene Akzeptanz dieser Einrichtung, den immer kritischeren Umgang der Patienten mit ärztlicher Therapie und die Marketingstrategien der Krankenkassen zurück. Die Krankenkassen schärften aus Wettbewerbsgründen bei ihren Versicherten das Bewußtsein für Kritik, in dem sie diese aufforderten, Behandlungsfehler mitzuteilen. So vermittele man den Mitgliedern den Eindruck, man kümmere sich um sie. Mitarbeiter der Krankenkassen, die sich da einmischten, seien „kassenbezahlte Sozialberater“. Die AOK sieht das freilich anders: Sie betreibe Kundenservice und helfe den Patienten bei Behandlungsfehlern weiter. Die AOK habe so von 1997 bis 1999 immerhin Schadensersatz in Höhe von mehr als 2 Millionen DM realisiert.

Zur in Kraft getretenen Gesundheitsreform äußerte sich in einem Beitrag in der FAZ am 9.1.2000 der sozialdemokratische Gesundheitsminister von Rheinland-Pfalz, Florian Gerster: Er stellte fest, daß selbst die „abgespeckte“ Gesundheitsreform 2000 mehr sei, als alle Beteiligten Anfang 1999 erwartet hätten. Auf der Strecke blieben durch die Verweigerung der Mehrheit im Bundesrat die Begrenzung der Gesamtausgaben (Globalbudget), die Einbindung der Krankenkassen in die Krankenhausplanung (Monistik) und die Weiterentwicklung der ärztlichen Selbstverwaltung. Aber für die notwendige Beitragssatzstabilität wären doch im „zustimmungsfreien“ Bundesgesetz durchaus wirksame Kostenbremsen enthalten. Positiv wäre die Ermöglichung integrierter Versorgungsverträge zur Überwindung von hinderlichen Grenzen wie ambulant – stationär, hausärztlich – fachärztlich – nichtärztlich sowie akut – rehabilitativ. Das wichtigste Reformelement sei aber die Einführung eines leistungsgerechten Entgeltsystems auf der Grundlage von Fallpauschalen im kostenträchtigen Krankenhauswesen.

Das Jahr 1999 war schließlich für die Gesundheitspolitik ein Jahr der Auseinandersetzung und des Konflikts. Gerster bezeichnete manche Proteste von ärztlichen Institutionen, Krankenhausträgern und Pharmaindustrie als inakzeptabel und letztlich wirkungslos. Besonders fragwürdig wäre die Verunsicherung von Patienten in Arztpraxen und durch Körperschaften mit einem Sicherstellungsauftrag während des „Ärztestreiks“ gewesen. An der allgemeinen Desorientierung wäre der ehemalige Bundesgesundheitsminister Seehofer mit seiner Forderung nach „mehr Geld“ für das Gesundheitswesen nicht unbeteiligt gewesen. Hinweise aus der Gesundheitsökonomie mit dem Verweis auf erhebliche Rationalisierungsreserven im System hätten es einfach schwerer, gehört zu werden. Wenn jedes zweite Röntgen, jeder dritte Herzkathetereingriff als überflüssig gelten, sei der fundamentale Widerstand gegen Kostendämpfung abwegig (FAZ, 9.1.2000). Für die Zukunft

gelte, daß die politischen Kräfte in Bund und Ländern, Leistungsanbieter und GKV zur Zusammenarbeit verurteilt wären. Das Nullsummenspiel unvereinbarer Forderungen sollte mit dem Jahreswechsel beendet werden. Für ein „echtes Bündnis für Gesundheit 2000“ schlug Gerster vor, daß die Beteiligten die begrenzten volkswirtschaftlichen Ressourcen für den Sektor Gesundheit akzeptierten. Mit mehr als 500 Milliarden DM im Jahr – die Hälfte aus der Kasse der GKV – würde bereits überdurchschnittlich viel Geld ausgegeben. Vor einer Erschließung zusätzlicher Einnahmen für die GKV stehe daher die Begrenzung unnötiger Kosten im System: Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen im großen Stil wären kein wirksames Instrument der Kostensteuerung, da die Leistungen weitgehend durch die Ärzte bestimmt werden; die „Konsumentensouveränität“ des Beitragszahlers/Patienten ist eingeschränkt. Im gesetzlich garantierten System der Sachleistungen müsse das Angebot begrenzt werden, um unnötige Nachfrage zu vermeiden. Dies gelte für Krankenhauskapazitäten, die Zahl der Vertragsärzte und Verordnungen von Arzneien und Heilmitteln. Wo wirtschaftliche Macht ausgeübt werde, sei Gegenmacht gefragt. Krankenkassen wären nicht die Feinde der Anbieterseite, sondern notwendige Gegengewichte bei der Bestimmung des Umfangs der Gesundheitsleistungen. Wesentliche Innovationen der rot-grünen Gesundheitsreform dienten der Qualitätssicherung, der Vorsorge und der Patientenbeteiligung. Dies sei neben der Kostendämpfung die eigentliche Reform: Aus Betroffenen würden Beteiligte gemacht – Selbstverantwortung müsse als das Grundprinzip einer sozialen Demokratie gelten. (ebd.)

**Mitte Februar 2000**, kurze Zeit nach dem Inkrafttreten der Reform des Gesundheitswesens, drohten die Kassenärzte bereits wieder mit einer Einschränkung ihrer Leistungen, wenn es bei der sektoralen Budgetierung von Honoraren und Leistungen bliebe. Die Ärzte sähen sich gezwungen, ihre Leistungen den Vergütungen anzupassen. Budgetierung bedeute Rationierung, so das Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Richter-Reichhelm. (FAZ, 13.1.2000) Kampfmaßnahmen wie Ärztestreiks durch zeitweilige Praxisschließungen schloß er wiederum nicht aus. Das Geld reiche schlichtweg nicht mehr aus, um eine adäquate Versorgung der Patienten sicherzustellen. Die Ärzte verschleuderten beileibe keine Mittel, die Sparmaßnahmen bei der Verordnung von Medikamenten seien einfach vollständig ausgereizt. Hinzu käme, daß die Bundesregierung den Versicherten in diesem Jahr, obwohl weniger Geld zur Verfügung stehe, mehr Leistungen wie ambulante Rehabilitation, Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheitsförderung zubillige. Daher forderten die Kassenärzte, Regelleistungsvolumina einzuführen, für die der exakte Versorgungsbedarf erforscht werden müsse. Die KBV plädierte für ein Honorarsystem, daß sich an den notwendi-



gen Therapien orientiere. Ein Pauschalbetrag, den die KBV an die Kassenärzte ohne Ansehen von Besonderheiten verteilen müsse, habe mit sinnvoller Gesundheitsversorgung nichts zu tun. Nicht nur die Budgetierung, auch die nunmehr zulässigen Direktverträge zwischen Kassen und Kassenärzten erschwerten eine sinnvolle Verteilung der Mittel, weil die Kassen willkürlich Geld aus dem Honorartopf der KBV entnehmen könnten, kritisierte Richter-Reichhelm. (ebd.) Die Kassen wählten sich für die Sonderverträge „gute Risiken“ aus, so daß die Entstehung einer Zwei-Klassen-Medizin programmiert wäre. Auch reiche das Budget für die Finanzierung der Psychotherapie nicht aus. KBV-Vorstandsmitglied Bausch sagte, sein Verband werde die Krankenkassen zwingen müssen, die Arzneimittelbudgets 2000 zu erhöhen. Sonst sei mit einer Versorgungsnotlage zu rechnen. Der Bedarf nach unverzichtbaren Medikamenten bei schwerwiegenden Krankheiten sei im vergangenen Jahr deutlich gestiegen. Dagegen hätten die Ärzte die Verordnungen reduziert, die nicht dringlich gewesen wären.

Ebenfalls am **13.1.2000** meldete die FR, daß die Ärzteschaft ihre Proteste gegen die seit Jahresanfang geltende Gesundheitsreform 2000 verschärfen würde. Die KBV drohte der Bundesregierung harten Widerstand an und schloß auch Kampfmaßnahmen wie begrenzte Ärztestreiks nicht aus. (FR, 13.1.00) Hatten sich viele Ärzte bereits im Dezember 1999 einen „Extra-Urlaub“ geleistet, weil sie ihr Budget für Arzneimittel nicht überziehen wollten, waren die Praxen im Januar wieder geöffnet. Im Jahr 2000 fürchteten die Ärzte, daß sie persönlich zur Kasse gebeten werden, wenn sie mehr verschrieben, als das Budget erlaube. Die Leidtragenden dabei wären v.a. chronisch Kranke. (FR, 15.1.2000)

Richter-Reichhelm drohte indes der rot-grünen Gesundheitspolitik noch härtere Auseinandersetzungen an. (FR, **17.1.2000**) Als eines der Kernziele seiner Amtszeit nannte er die Abschaffung der gesetzlich zugeteilten Budgets für Honorare und Arzneimittel. Anhand der ärztlichen Leitlinien solle statt dessen ein Morbiditätsindex errechnet werden und so herausgefunden werden, wieviel Geld für die Gesundheitsversorgung in Deutschland benötigt werde. Innerhalb der in sechs Monaten zu erwartenden Ergebnisse sei dann öffentlich nachweisbar, daß die verfügbaren Finanzmittel gar nicht ausreichen könnten. (ebd.)

Am **26.1.** stellte der 1. Vorsitzende des Marburger Bundes, Montgomery, die Prognose, daß es spätestens Mitte des nächsten Jahres in der GKV wieder akute Finanzprobleme geben werde. (FAZ, 26.1.2000) Noch vor der nächsten Bundestagswahl werde wieder grundsätzlich über die Gesundheitspolitik gestritten. Das Anfang des Jahres verabschiedete Reformgesetz enthalte schließlich keine Antworten auf grundlegende Probleme wie die demographische Entwicklung und die künftige Finanzierung des medizinischen Fortschritts. Die Politik habe auf ganzer

Linie versagt. Die grüne Ministerin Fischer habe einen Punktsieg errungen, die SPD und die Union seien als Verlierer aus den harten Auseinandersetzungen um die Reform herausgegangen. Alle neuen Leistungselemente wie Patientenberatung, Förderung von Prävention und Selbsthilfe sowie Soziotherapie gehörten zum Kern grüner Gesundheitspolitik und seien leider ohne Gegenfinanzierung eingeführt worden. Dazu käme der Hausarztbonus, Einkaufsmodelle und eine verschärfte Form der Budgetierung der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens, die das Aufbrechen verkrusteter Strukturen erschweren würden. Montgomery erwartete, daß sich Fischer nun den „weichen“ Politikthemen zuwenden werde, so den ethischen Grundsatzfragen und der Förderung der Verbraucherverbände als Patientenvertreter.

Derweil meldete die FR am **29.1.2000**, daß nunmehr die Krankenkassen „die Boxhandschuhe anziehen“ würden: Die Flucht von jährlich etwa 100.000 bis 200.000 Personen aus der GKV zu den Privaten wäre ein zentrales Problem. Es sei nicht einzusehen, warum sich Personen mit Monatseinkommen über 6450 DM West und 5325 DM Ost zur PKV verabschieden dürften. Die Vorschläge des Vorstandes des VdAK liefen auf die langfristige Austrocknung der PKV hinaus. Junge, gesunde, oft unverheiratete Menschen wechselten zur PKV (1997 und 1998 etwa 300.000) und vorwiegend ältere wechselten zur GKV zurück (etwa 150.000). Dieser Trend drohe das System zu sprengen, so der Vorstand des VdAK, Rebscher. Dieser forderte das Ende der PKV als Arbeitnehmersversicherung; so solle die PKV nur noch Zusatzpolice verkaufen und auf die Vollversicherung von Selbständigen beschränkt werden. Der Risikostrukturausgleich, der vor allem der AOK zugute komme, überfordere die Kassen grotesk, so Rebscher. Es gebe zahlreiche falsche Ausgleichsmöglichkeiten. Er forderte einen Abbau der Übersteuerung. Außerdem müsse der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Anbietern verschärft werden. Kollektivvertragliche Strukturen sollten wegfallen, das Vertragsmonopol der KBV geknackt und der Kontrahierungszwang beseitigt werden. Barmer, DAK und Co würden zukünftig ihre Mitglieder selbständig auswählen. (FR, 29.1.2000)

Während dessen verschärften wiederum die Ärzte den Ton und räsionierten laut über Streiks gegen die Gesundheitsreform: Das Gesetz rationiere nicht nur die Mittel, sondern es unterhöhle auch den Sicherstellungsauftrag der KV'en. Hintergrund der Äußerungen des Ärztepräsidenten Hoppe war die Ausweitung der sogenannten „integrierten Versorgung“ durch das Reformgesetz: Seit Anfang des Jahres durften die Krankenkassen auch direkt Verträge mit effizienteren Praxisnetzen abschließen. Vorher handelten die Kassen auf Länderebene mit den Kassenärztlichen Vereinigungen die Budgets aus. Aber dennoch müsse schließlich

die KV die medizinische Versorgung sicherstellen. Es werde derzeit geprüft, ob mit der Infragestellung des Monopols nicht auch der Versorgungsauftrag der Ärzteschaft hinfällig werde. Sollte das so sein, dann wären Streiks rechters, so Hoppe. (FR, **28.1.2000**) Grundsätzlich halte er aber die von Fischer angestrebte integrative Versorgung für richtig. Sie müsse jedoch innerhalb der bestehenden Strukturen geregelt werden.

Am **29.1.** meldete die FAZ, daß die GKV für das Jahr 2000 Mehrbelastungen von 2 Mrd. DM erwarte, die nicht gegenfinanziert sind. Die Kassen müßten so enorme Anstrengungen unternehmen, um ihre Beitragssätze stabil zu halten. Der Vorsitzende des VdAK, Freitag, sagte, daß die Gesundheitsreform 2000 kein einziges der bestehenden Strukturproblem löse. Es müßten parteiübergreifende, konsensfähige Lösungen gefunden werden. Überkapazitäten würden nicht abgebaut, die Krankenhausreform sei in weite Ferne gerückt. Freitag rief die Ärzteschaft dringlich dazu auf, die Patienten nicht weiter zu verunsichern und für ihre Kampagnen auszunützen. Rund 235 Milliarden DM Leistungsausgaben in der GKV würden im Gegensatz zur Argumentation der Ärztevertreter ausreichen, um die medizinische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Budgets stiegen gegenüber 1999 um 1,43% an, so sei keine Verschlechterung zu erwarten. Insbesondere gehöre vor allem der Risikostrukturausgleich auf den Prüfstand der rot-grünen Bundesregierung. Im Bundestag kritisierte die CDU/CSU Fraktion die Bundesregierung für ihren Umgang mit der Pflegeversicherung, die erstmals im Vorjahr mit einem Minus von 74 Mio. DM defizitär geworden wäre. Ulf Fink warf der Koalition vor, daß sie der Versicherung jährlich 400 Mio. DM an Einnahmen entzogen habe, um den Bundeshaushalt zu sanieren. Damit spare sie bei den Schwächsten in der Gesellschaft, die sich nicht wehren könnten. (FAZ, 29.1.2000)

Am **31.1.** meldete die FAZ, daß der VDAK Rechtssicherheit bei den Arzneimittel-Festbeträgen fordere. Ansonsten drohe das Festbetragssystem völlig ausgehebelt zu werden. Die Selbstverwaltung müsse weiterhin die Kompetenz zur Festsetzung der Festbeträge behalten. Ebenso sei Rechtssicherheit für die Arzneimittelrichtlinie zu schaffen. Es sei ein Problem, daß die Krankenkassen und die KBV in Arzneimittelfragen als Nachfragerkartell aufträten und dadurch der pharmazeutischen Industrie Schaden zufügten. Ein Urteil des Landgericht Düsseldorf untersagte schließlich Gesundheitsministerin Fischer, der KBV und den Krankenkassen, das „Gemeinsame Aktionsprogramm zur Einhaltung des Arznei- und Heilmittelbudgets 1999“ zu verbreiten. Dieses wurde im September 1999 mit dem Ziel vorgestellt, die Überschreitung der staatlich festgesetzten Arzneimittelbudgets zu vermeiden. Ärzte sollten vornehmlich preiswertere Generika statt überteuerter Marken-Medikamente verschreiben. Mit diesem Programm sollte das Budget von höch-

stens 39 Milliarden DM für Arzneimittel im Jahr 1999 eingehalten werden. Doch die Pharmaindustrie hatte sofort dagegen protestiert: Es würden Investitionen in der Arzneimittelbranche gefährdet, die in der BRD etwa 1,8 Milliarden DM investiere und für die Erforschung und Entwicklung neuer Medikamente 5,4 Milliarden DM aufbringe. (FAZ, 31.1.2000)

Die SPD vermeldete am **31.1.2000** (FR), sie wolle bei den kommenden Reformen im Gesundheitswesen eisern am Prinzip der Sachleistung festhalten und damit eine starke Stellung der GKV sichern. Privatisierende Elemente wie das Kosten-erstattungsprinzip lehnt sie ab, auch in der Zahnmedizin. Schmidbauer, der Gesundheitsexperte der SPD, kündigte an, die SPD wolle die Zahl der Zahnärzte verringern. In grundsätzlichen Positionen bestünden bei der SPD auf der einen, der CDU, der FDP und den Zahnärzten auf der anderen Seite so viele Widersprüche, daß mit einer Konsensbildung – wie sie gerade zeitgleich bei den Renten angestrebt wurde – nicht zu rechnen sei. Dies wurde insbesondere bei einem Treffen des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte deutlich, dem die Grünen ferngeblieben waren. (ebd.)

Ministerin Andrea Fischer kündigte am **2.2.** an, daß eine neue Negativliste für Medikamente im Sommer eingeführt werde. (FAZ, 2.2.2000) Seit der Einführung der letzten Negativliste vor neun Jahren hätten sich viele Medikamente als unwirksam oder unwirtschaftlich erwiesen. Die Erstellung einer Positivliste werde hingegen noch einige Zeit dauern, so Fischer. Das Bundesgesundheitsministerium zeigte sich über die weiter ansteigenden Arzneimittelkosten besorgt; die Ausgabenentwicklung wäre 1998 und 1999 stark überproportional gewesen. 1998 betrugen die Ausgabenzuwächse für Medikamente und Heilmittel 13,3%, was einem Volumen rund 700 Mio. DM entsprach. In den ersten drei Quartalen 1999 stiegen sie nur noch um 0,6% oder 40 Millionen, was aber immer noch zuviel sei. Die von der vorigen Bundesregierung angehobenen Zuzahlungen der Patienten hätten die Explosion der Ausgaben im Jahr 1998 nicht verhindern können. Von einer steuernden Wirkung der Zuzahlungen könne daher nicht die Rede sein. Die Ausgabenentwicklung liege in erster Linie an der Pharmaindustrie, die teure, aber nicht richtig wirksame Mittel auf den Markt werfe – sowie an Ärzten, die „Marketing mit dem Rezeptblock“ betrieben. Leichtfertige Verschreibungen der Ärzte würden durch Seminare der Lobby und entsprechende Zeitschriften angeregt. Bei Antibiotika, so Fischer, würden 30-50% sinnlos verschrieben, die auch durch billigere Medikamente ersetzt werden könnten. Durch den sinnvollen Einsatz von Generika ließen sich 2,5 Milliarden DM zusätzlich einsparen.

Das Ministerium verteidigte im übrigen strikt den gesetzlich vorgesehenen Kollektiv-Regress bei Budget-Überschreitungen, da vorrangig diejenigen Ärzte belangt werden sollten, die nachweislich unwirtschaftlich mit dem Rezeptblock umgingen.

Der Bundesverband der deutschen Pharmazeutischen Industrie (BPI) hielt am **2.2.** dagegen, daß keinerlei Mengenausweitung der ärztlichen Verordnungen zu erkennen seien. Ein Anstieg des Absatzvolumens von nur 0,2% sei zu registrieren. (FAZ, 3.2.2000) Aber die Ärzte verschrieben eben eher teure neue als preiswerte alte Medikamente, weil sie sie für wirksamer hielten. Die geplante Ausweitung der Negativliste bezeichnete der BPI im übrigen als akzeptables kleineres Übel gegenüber einer ursprünglich vorgesehenen, völlig inakzeptablen Positivliste, die einfach viel weniger überschaubar sei.

Die FAZ kommentierte am **2.2.**, daß das Gesundheitsministerium in erster Linie die Ärzte einschüchtern wolle, die zuviel teure Medikamente verschrieben. Das Gesundheitsministerium pflege die naive Vorstellung, eine manipulative Pharmaindustrie rege die Ärzte dazu an. Das sei jedoch eine schlichte Schuldzuweisung; in Wirklichkeit forderten die Patienten eben ein Maximum an Behandlung und Verschreibung. Im deutschen Gesundheitssystem gebe es viel zu reformieren, aber das Rechnen der Patienten dürfe nicht außen vor gelassen werden, weil sonst das Ziel verfehlt werde.

Die Pharmaindustrie selbst protestierte am **23.2.** wieder einmal gegen die rotgrüne Gesundheitspolitik: Der Vorstandsvorsitzende des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller, Schwarz-Schütte, kritisierte vor allem die sektoralen Arzneimittelbudgets. Er forderte mehr Wettbewerb und eine Ablösung der starren sektoralen Budgets durch differenzierte, indikationsorientierte Richtgrößen. Man könne diese Budgetierung zukünftig dreiteilen: Medikamente gegen lebensbedrohliche Krankheiten sollten ohne Zuzahlung von den Kassen finanziert werden. Bei Medikamenten gegen ernste, aber nicht lebensbedrohende Krankheiten sollten Patienten weiterhin zuzahlen, für geringfügige Krankheiten wie Erkältungen sollten Medikamente ohne Kassenzahlung ausgegeben werden. Der VFA plädierte für eine dezentrale Wettbewerbsordnung und gegen Regulierungssysteme. (FAZ, 23.2.2000)

Am **25.2.** meldete die FR, Gesundheitsministerin Fischer plane eine Rechtsverordnung über Festbeträge für Arzneimittel, da ein Gerichtsurteil entschied, daß darüber nicht die Selbstverwaltungen von Krankenkassen und Ärzten entscheiden können. Nun mußte Fischer die Festbeträge auf dem Weg einer Rechtsverordnung regeln.

Entgegen den Erwartungen von Ministerin Fischer schloß die GKV das Jahr 1999 mit einem Defizit in Höhe von 900 Millionen DM ab, so eine Umfrage der FR bei

den einzelnen Zweigen. 1998 hatte die GKV noch einen Überschuß von 1,1 Milliarden DM verbuchen können. (FR, 1.3.2000) Dennoch betonten die meisten Kassen, daß sie ihre Beitragssätze stabil halten wollten. Allerdings wurde die Diskussion über den Risikostrukturausgleich neu angeheizt. Die Sprecherin der Ersatzkassenverbände, Gottfried, forderte bereits eine dringende Überprüfung dieses Mechanismus, der 20 Milliarden DM jährlich zwischen den Kassen umschichtet. Das Gesundheitsministerium kündigte an, demnächst eine Expertenkommission einzusetzen, die bis März 2001 den RSA überprüfen solle.

Fischer selbst rechnete noch im **März 2000** mit stabilen Krankenkassenbeiträgen (FR, 4.3.2000): Die Haushaltsplanungen der Krankenkassen für das Jahr 2000 ließen eine insgesamt stabile Finanz- und Beitragsentwicklung erwarten. Wichtig sei es, daß die ostdeutschen Kassen durch den höheren gesamtdeutschen Ausgleichstransfer eine Perspektive für den Abbau der hohen Verschuldung und eine allmähliche Reduzierung des Beitragssatzniveaus erhielten. Das Haus Fischer errechnete insgesamt für die Kassen nach dem RSA ein leichtes Plus, kein Defizit. Die Gegenfinanzierung der Gesundheitsreform sei solide kalkuliert worden, das zeige sich jetzt, so Fischer. Allerdings sei der Zuwachs bei den Arzneimittelkosten von 8,4% unter den Kostenposten die mit Abstand problematischste Entwicklung, so die Ministerin. Das sei aber kein Naturgesetz, sondern werde vom Engagement der Kassenärztlichen Vereinigungen beeinflusst.

Daß die GKV 1999 mit einem Überschuß von knapp einer Milliarde abschloß, meldete am **4.3.** auch die FAZ. Fischer nannte dieses Ergebnis überaus positiv. Die Beitragssätze seien im Vergleich zum Vorjahr gar leicht gesunken. Fischer resümierte eine günstige Entwicklung der GKV und eine äußerst günstige Ausgangsbasis für das Jahr 2000, allerdings müßten die Voraussetzungen zur Sicherung eines stabilen Niveaus der Beitragssätze und stabiler Finanzgrundlagen innerhalb der GKV erfüllt werden. Hierzu zählten die konsequente Beachtung der Arznei- und Heilmittelbudgets, die rechtliche Absicherung der Festbeträge und eine Erweiterung der Negativliste für Arzneimittel. An diesen Fixpunkten der rot-grünen Gesundheitspolitik werde festgehalten, hielt Fischer den politischen Gegnern und verbandsinternen Kritikern entgegen. Hingegen wäre ein anderes Feld, nämlich die sich schnell wandelnde Kassenlandschaft, eine der großen zukünftigen Herausforderungen für die Politik. (FAZ, 4.3.2000)

Am **6.3.** meldete die FAZ, daß Fischer nunmehr die Negativliste für Arzneien ausweiten wolle; die geplante Liste enthalte ca. 500 weitere Wirkstoffe. Im Konflikt um die Begrenzung der Arzneimittelausgaben warf die AOK im übrigen den Kassenärzten eine Hetzkampagne vor: Die KV Niedersachsen hatte Unterschriften gegen

das Arznei- und Heilmittelbudget gesammelt und forderte, das Budget um 12% zu erhöhen, während die AOK strikt für eine Senkung eintrat.

Auch wohlmeinende Kommentatoren der Gesundheitspolitik bedienten sich nunmehr wieder der Metapher des Dschungels, in dessen überall lauernenden Schlingen sich Fischer nun immer stärker verheddere: „Die grüne Gesundheitsministerin Andrea Fischer erfährt das in diesen Tagen leidvoll. Wieder einmal sucht sie eine Antwort auf die alte Frage: Wie lassen sich die Arzneimittelkosten reduzieren? Die Antwort ist dringender denn je.“ (Andreas Hoffmann in der SZ, 7.3.2000) Hoffmann vermutete, daß sich bei Medikamenten vor allem durch die Verschreibung von Generika gut sieben Milliarden DM einsparen ließen, ein Fünftel der Gesamtausgaben für Medikamente. Der Markt für Medikamente wäre zu groß und habe in Deutschland ebenfalls dschungelhafte Züge angenommen: In der BRD kursierten 50.000 Präparate auf dem Markt, andere Staaten kämen mit lediglich 10.000 aus. Diesen Dschungel hätten bereits Blüm und Seehofer vermittlels von Instrumenten wie der Negativliste und der Festbeträge lichten wollen. Fischer poliere nunmehr lediglich diese rostigen, abgestumpften Instrumente auf, die allesamt von Unionspolitikern eingeführt wurden. So verstricke sie sich immer tiefer in das verschlungene Gesundheitswesen, statt mit neuen Instrumenten helle, frische Schneisen in das alte, dunkle Dickicht zu schlagen.

Währenddessen vermeldete die FR am 13.3., daß die SPD nunmehr auch noch im Alleingang mit den Ärzten verhandele und interpretierte dies als weitere Schwächung der grünen Ministerin: Eine Klausur der SPD-Experten unter Leitung von Rudolf Dreßler zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer und sämtlicher KV'en fand ohne Andrea Fischer statt. Diese ließ jedoch verlauten, das Treffen sei nicht bedeutend, es blieb ohnehin ohne Ergebnisse. Dreßler betonte hingegen, die SPD dürfe und müsse selbst entscheiden, mit wem sie sich unterhalten wolle und begrüßte die Wiederaufnahme des Dialogs, der zuletzt gestört gewesen wäre – weitere Diskussionen seien geplant. Die Ärzte-Forderung, die Arzneibudgets durch individuelle Richtgrößen abzulösen und lebensnotwendige Präparate ganz aus der Berechnung herauszunehmen, mochte Dreßler vorerst nicht unterstützen. Aber darüber könne man später noch einmal gemeinsam diskutieren, sagte er. Allerdings komme ein Verzicht auf den Regreß für die 1999 überzogenen Arzneimittelbudgets nicht in Frage: „Das Gesetz wird umgesetzt“. (ebd.)

Charakteristisch für die Befürworter eines strikten Neoliberalismus in der Gesundheitspolitik beschäftigte sich Carl Graf Hohenlohe in einem FAZ-Kommentar am 14.3. mit grundsätzlichen Fragen der Gesundheitspolitik. Er trat für alle jüngeren marktradikalen Forderungen auf diesem Gebiet ein, die mit den Stichworten Öff-

nung und Ideenwettbewerb verbunden werden können: So konstatierte er zunächst eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen, um sodann höhere Kassenbeiträge abzulehnen, da sie den „Standort Deutschland“ gefährdeten. Budgetierungen lieferten lediglich einen Zeitgewinn für eine vollständige Neuausrichtung des Gesundheitssystems. Dabei käme es insbesondere auf die Einführung von wirksamen Wettbewerbselementen an: „Die derzeitige Struktur leistet einer Vollkasko-Mentalität Vorschub“. (ebd.) Man müsse sich dringlich Gedanken über eine Einschränkung des Leistungskatalogs der Krankenkassen machen, statt dessen habe Rot-Grün den Leistungskatalog noch ausgeweitet - so müßten die Ausgaben explodieren. Außerdem würden die Ärzte überhaupt nicht zu sparsamen Handeln angeregt. Am besten wäre es, effiziente Ärzte zu belohnen. Krankenkassen müßten zudem schließlich nicht jeden versichern. Außerdem sollte ein Regelleistungskatalog aufgestellt werden, der von jeder Kasse einzuhalten wäre. Weitere Leistungen müßten Kunden freiwillig und zusätzlich versichern. Dann gäbe es auch mehr Kassenwettbewerb um Kunden, und die Kassen würden ihre Leistungen verbessern. Sodann sollten Direktverträge zwischen Ärzten und Krankenhäusern als Leistungserbringern und den Kassen als Kostenträgern abgeschlossen werden. Diese Maßnahmen verhinderten Ineffizienz bei den Leistungserbringern. In diesem Zusammenhang solle man auch darüber nachdenken, daß Patienten über ihre gesamte Krankengeschichte von einem Systemanbieter voll betreut werden könnten. Insgesamt solle man in der Gesundheitspolitik Neues diskutieren und nicht auf alten Reformkonzepten eines historisch überholten Gesundheitssystems beharren, welches der Zukunft Deutschlands nicht angemessen wäre.

In der FR hingegen rief ein Kommentar am **15.3.** Ministerin Fischer zur Standhaftigkeit auf, wenn denn im kommenden Sommer die Zahlen für die regionalen Verordnungsbudgets feststünden. Dann müsse sie zu den Regressen stehen und sie gegen die Lobbyisten und die politische Opposition in die Tat umsetzen. Denn die AOK und die Ersatz- und Innungskassen schrieben im Gegensatz zu den Betriebskrankenkassen (BKK) rote Zahlen. Schuld seien die gestiegenen Arzneiausgaben, die v.a. auf dem Preisgebaren der Pharmaindustrie und dem Verordnungsverhalten der Ärzte beruhten. Ärzte müßten hier steuernd eingreifen und die KV'en müßten mäßigend und erzieherisch auf sie einwirken.

Auch die Stiftung Warentest wies im März darauf in, daß jedes vierte verordnete Medikament in der BRD wirkungslos, ungeeignet oder gar schädlich wäre (aus einer Untersuchung von 5000 gängigen Medikamenten). (FR, 16.3.2000) An dieser Entwicklung trügen sowohl die Pharmaindustrie als auch die Ärzte gleichermaßen die Schuld.



Am **27.3.** berichtete die FAZ über die Zerreißprobe und die Konflikte in den Kassenärztlichen Vereinigungen, da unter den niedergelassenen Fachärzten die Unruhe zunehme. Diese Gruppe müsse sich auf Einkommenseinbußen einstellen. Hausärzte hingegen könnten auf Zuwachs hoffen. Das sei eben eine Folge der Bestimmungen im Reformgesetz 2000, nach dem die Gesamtvergütung der Mediziner in einen Honorartopf für Haus- und einen für Fachärzte aufzuteilen ist. Nun komme es zu den erwarteten Verteilungskonflikten unter den ärztlichen Fachgruppen in den 23 KV'en. Die Anteile der Hausärzte an der Grundvergütung würden um 3-7% steigen und bei den Fachärzten entsprechend sinken. Aber die Facharztinkommen rangierten schließlich sowieso höher als diejenigen der Hausärzte. Manche Mediziner argwöhnten, Ministerin Fischer wolle die niedergelassenen Fachärzte als Versorgungsebene ganz eliminieren, um die Krankenhäuser für die ambulante Behandlung zu öffnen. Die KBV trat denn wiederum für eine Ablösung der Kopfpauschale durch Regelleistungsvolumina ein. Solange es ein strikt an die Grundlohnentwicklung gebundenes Budget für die ambulante Behandlung gäbe, verteile die KBV immer nur den Mangel, so deren Vorsitzender Köhler.

Bundeskanzler Schröder rügte derweil gemeinsam mit der SPD-Gesundheitspolitikerin Schaich-Walch den Vorstoß der Ministerin Fischer, nicht berufstätige Ehegatten sollten nur noch beitragsfrei mitversichert sein können, wenn sie Kinder erziehen oder Angehörige pflegen. Außerdem hatte sie überraschenderweise vorgeschlagen, Miet- und Aktiengewinne mit Kassenbeiträgen zu belasten. Bundeskanzler Schröder widersprach seiner Ministerin scharf und erklärte, es gäbe keine derartigen Pläne der Bundesregierung. (FAZ, **7.4.2000**) Fischer verteidigte sich Tags darauf, ihre Ideen seien erste Denkanstöße und diese Debatte werde fortgesetzt. (FR, 8.4.2000) Sie wolle schließlich die Einnahmen der GKV sichern, die Ausgabendisziplin sei davon überhaupt nicht berührt.

Ministerin Fischer hatte mit ihrem Vorstoß einigen politischen Wirbel verursacht, und aus der SPD und der Partei der Grünen wurde die Frage laut, warum hier ein falsches Signal zur falschen Zeit erfolge und warum sich die ohnehin bereits umstrittene Ministerin freiwillig zur Zielscheibe mache. (FR, **13.4.2000**) Aber Fischer konterte eben, sie wolle nur eine neue, notwendige Debatte anstoßen. Sie habe sich immer über Blüm geärgert, der früher ständig gebetsmühlenhaft wiederholt habe, es gebe keine Probleme. Aber das stimme grundsätzlich nicht, denn die sinkende Lohnquote und die Alterung der Gesellschaft wären ein schwerwiegendes Problem für die GKV. Unterstützt wurden Fischers Vorschläge indes vom Bündnis für Gesundheit, in dem 38 Verbände der Gesundheitsversorgung zusammengeschlossen sind. (FAZ, **25.5.2000**)

Die FR kommentierte einige Tage später, daß Fischers Ausgangsposition nunmehr trotz der tagespolitischen Friktionen günstig sei, denn die SPD habe ganz auf Ausgabendeckelung durch Budgetierung gesetzt: In der SPD herrsche ein gesundheitspolitisches Vakuum. (FR, **27.5.2000**) Zudem gehe Fischers sozialdemokratischer Gegenspieler Rudolf Dreßler als Botschafter nach Israel, eine neue dominante Nachfolgerpersönlichkeit aus der SPD sei nicht in Sicht. Die CDU wäre gegenwärtig durch den Spendenskandal gebeutelt und könne sich nicht zwischen populistischer Stimmungsmache und ernsthafter Sachpolitik entscheiden. CSU-Seehofer bleibe das gesundheitspolitische Schwergewicht der Opposition, mit dem aber Fischer durchaus gemeinsam Absprachen treffen könne. Wie weit die parteiübergreifende Zusammenarbeit reiche, werde die Wahl in Nordrhein-Westfalen im Mai zeigen. Ein erster Test wäre das geplante Treffen zwischen Seehofer und Fischer. Forderungen Seehofers nach stärkerer Transparenz und mehr reguliertem Wettbewerb stimmten mit Fischers Vorstellungen überein. Fischer hielt sich bedeckt und kommentierte, zu der Änderung der Kassenleistungen äußere sie zunächst gar nichts. (ebd.)

Krankenkassen und Ärzte machten derweil gemeinsam gegen Fischers Arzneipreisreform mobil. (FR, **7.4.2000**) Diese führe zur schleichenden Verstaatlichung eines funktionierenden Systems, so Rebscher, Vorstand des VdAK. Hess, Vorstand der KBV, meinte, es gehe nunmehr um die Systemfrage. Kassen und Ärzte müßten festlegen können, wieviel für ein bestimmtes Präparat erstattet werde. Dürften sie dies nicht, werde auch bald ihre Kompetenz angezweifelt, bestimmte Leistungen ganz auszugrenzen. Dann bleibe am Ende nur die reine Marktwirtschaft oder ein staatliches Gesundheitssystem. Fachleute der Regierung wollten aber in dieser Woche noch einmal mit den Kassenvertretern diskutieren.

Bezüglich des vorbereiteten Festbetragsneuordnungsgesetzes äußerte sich Gudrun Schaich-Walch (SPD) am **11.4.** in der FR; im Grundsatz sei sie mit Fischer einig, „wir möchten kein System mit mehr Staat.“ Die Regierungskoalition suche denn noch nach dritten Lösungen zwischen Staat und Markt. (ebd.)

Am **17.4.2000** kündigten die GKV'en spürbar höhere Beiträge für das nächste Jahr an. Spätestens 2002 würden viele Kassen ihre Beiträge massiv erhöhen. (FAZ, 17.4.2000) BKK's und ihre Neugründungen führten zu Wettbewerbsverzerrung: „Diese Yuppie-Kassen sind das systemsprengende Element im Gesundheitswesen“, so der Vorstand des Verbands der Angestelltenkrankenkassen, Rebscher. Fischer befand sich gerade in der Toskana im Urlaub, als die Kassen ihr „ein schönes Osterei ins Nest legten“ (FR, **18.4.2000**): Steigende Lohnnebenkosten wären schließlich das letzte, was die Schröder-Regierung im Wahljahr 2002 gebrauchen könne. Derweil riefen die Krankenkassen am **18.4.** nach Min-

dest-Beiträgen von mindestens 12,7%, um sich der angeblich unfairen Konkurrenz der Betriebskrankenkassen zu erwehren. (FR, 18.4.2000) Ministerin Fischer kommentierte, sie wolle hier zunächst nicht eingreifen, man wolle erst das im Frühjahr 2001 erwartete Gutachten zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs zwischen den Versicherungen abwarten. Vorher sehe man seitens des Ministeriums keinen Handlungsbedarf.

In einem Kommentar der FAZ am **18.4.** hieß es dazu, das sei nicht weiter negativ, weil es den Kassenwettbewerb erhöhe und die BKK's zeigen könnten, daß niedrige Beiträge möglich wären, auch wenn man viel in den RSA einzahle. Wettbewerb müsse gefördert, nicht gebremst werden. Ineffizienz dürfe nicht unter dem Mantel der Solidarität bestraft werden, so wie früher. Die Kassen müßten zukünftig mit Leistungen um die Versicherten werben.

Die FR nannte am **19.4.** die Ankündigungen der GKV'en von höheren Beiträgen, Mindestabgaben und Verboten ein „Säbelrasseln“, das nur den Privaten nutze, da viele Mitglieder aus der GKV in die PKV flüchten würden.

Offiziell lehnte die Bundesregierung am 19.4.2000 den Mindest-Beitrag ab, auch Seehofer wandte sich gegen „planwirtschaftliche Eingriffe“. Teile der SPD hingegen sahen Grund zum Eingriff. Der SPD-Politiker Kirschner plädierte für ein Neugründungsverbot der BKK's, glaubte aber nicht, daß ein Mindestbeitrag eingeführt werde. (FR, 19.4.2000)

Der Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium Erwin Jordan (Grüne) erläuterte im FR-Interview am **19.4.**, daß „Schnellschüsse“ jetzt gar nicht helfen würden. Die Organisationsreform und der Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen sei schließlich daher nicht geregelt worden, weil die Union sich beim Gesetz vom letzten Jahr verweigert hatte. So müsse man zum nächsten Jahr die nötige Gesetzgebung einleiten und nunmehr konkrete Arbeitsschritte planen. Die Kassen hätten zur Unzeit eine Diskussion losgetreten, man hätte gerade gar keine Probleme mit den Beitragssätzen, denn die Einnahmen würden dieses Jahr wieder leicht über den Ausgaben liegen, die aufgrund der gesetzlichen Vorgaben gemacht wurden. Jordan stellte sich für das grüne Gesundheitsressort gegen Dreßler, der den Vorschlag bedenkenswert fand, Mindestbeiträge einzuführen, er selbst hielt sie für bedenklich: „Entweder man will mehr Wettbewerb oder staatlich geregelte Beiträge. Beides zusammen geht nicht.“ (FR, 19.4.2000)

Die FAZ meldete am **20.4.**, die Front gegen die Mindestbeiträge umfasse nunmehr auch Seehofer und Hundt, den Präsident der Arbeitgeberverbände. Der Bundesvorsitzende der AG der SPD-Gesundheitspolitiker, Anton Pfaff, sprach hinsichtlich der Mindestbeiträge hingegen von einer „diskussionswürdigen Notlö-

sung für eine Übergangszeit“. Hundt plädierte demgegenüber für einen Mindestbeitrag der Arbeitgeber, dieser solle sich an der Hälfte des Beitrags der billigsten Krankenkasse orientieren, maximal aber auf sechs Prozent begrenzt werden. Dies stärke den Wettbewerb und sichere den Wirtschaftsstandort Deutschland in einer zunehmend schwierigeren globalen Konkurrenz. Für den DGB schlug Ursula Engelen-Kefer der Ministerin Fischer vor, daß man den Wechsel in andere Kassen zeitlich befristet verbieten solle, um die Wanderungen zu den BKK's zu verhindern. (FAZ, **22.4.2000**) Außerdem müsse der Risikostrukturausgleich zugunsten eines fairen Wettbewerbs geändert werden. Doch Staatssekretär Jordan vom Gesundheitsministerium hielt sich demgegenüber bedeckt: Es wäre der falsche Weg, die Wahlfreiheit einzuschränken. Zurückhaltender äußerte sich der parlamentarische Geschäftsführer der SPD-Fraktion Schmidt, Mindestbeiträge könnten durchaus ein Thema sein.

Der DGB wandte sich am **25.4.** gegen die genannten Vorstöße des Arbeitgeber-Präsidenten Hundt; diese gefährdeten die paritätische Versicherungsform. (FR, 25.4.2000)

Der FAZ-Kommentator Graf Hohenthal erneuerte am **2.5.** seine grundsätzliche Kritik: Zum „Kampf der Krankenkassen“ merkte er an, die Orts- und Ersatzkassen müßten sich nicht wundern, wenn die Zahl der Wechsler zunehme. Das alles zeige, daß die Kassen das Wettbewerbsmodell nicht akzeptierten. Er lobte Ministerin Fischer dafür, daß sie auf den DGB-Vorschlag zum Kassenwechsel-Verbot nicht einging. Kassen müßten grundsätzlich dem Wettbewerb ausgesetzt werden. Hundts Vorschlag für einen Mindestbeitrag der Arbeitgeber müsse man vorurteilslos überdenken. Der Risikostrukturausgleich solle abgeschafft werden. Man könne ihn nicht reformieren. Ein Gleichgewicht zwischen den Kassen könne nur über den Markt entstehen. (FAZ, 2.5.2000)

Richter-Reichhelm, der Erste Vorsitzende der KBV, befürwortete im Mai die Berücksichtigung der Behandlungsqualität bei der zukünftigen Vergütung der Mediziner. (FAZ, **8.5.2000**) Jedoch lehnt er eine erfolgsorientierte Vergütung ab, wie sie gerade vom Verband der Ersatzkassen gefordert wurde. Auch sprach er sich gegen eine Selbstbeteiligung der Patienten je Arztbesuch aus. Es gebe keine Rationalisierungsreserven mehr, die zur Verfügung stehenden Mittel reichten für eine medizinische Versorgung auf hohem Niveau nicht aus. So kritisierte er die Gesundheitsministerin, die ständig betone, es sei genügend Geld da. (ebd.)

Auch die Pharma-Industrie kritisierte wieder die Ministerin (FAZ, **9.5.2000**): Sie segne das Manöver der GKV-Spitze ab, die testen wolle, ob die Sozialgerichte die kartellrechtliche Argumentation der Zivilgerichte bezüglich der Arznei-Festbeträge übernehmen. Dabei solle Fischer lieber zügig für eine Neuregelung

sorgen. Der Bundesfachverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH) hatte Fischer zum Eingreifen aufgefordert, diese aber hatte reagiert und der Industrie mitgeteilt, sie hindere die GKV nicht daran, neue Festbeträge für Arzneimittel festzusetzen.

Die Vertreterversammlung der KBV im **Mai 2000** war von internen Streitereien und Machtkämpfen geprägt, berichtete die FR am 9.5.2000. Richter-Reichhelm warnte davor, „die hausärztliche Fraktion an die Wand zu nageln.“ Vor allem die Internisten träten sehr machtbewußt auf. Vergleichsweise moderat fiel der Umgang der KBV mit der Politik aus: Das Arzneibudget drohe dieses Jahr erneut überschritten zu werden, die KBV hätte ernsthafte Signale, daß sinnvolle Medikationen aus Angst vor einer Haftung zurückgefahren würden. Die Medikamentenausgaben lägen im ersten Quartal 2000 um 9,8% über dem Vergleichswert des Vorjahres. Sollten die Krankenkassen das Budget wie die Gesamtvergütungen nur um 1,4% anheben, drohe den Ärzten ein weiterer Regreß. Schon die Haftung des Vorjahres stelle die Existenz vieler Praxen in Frage. Insgesamt mache insbesondere die BKK der KBV kaum Freude. Der Kassenwettbewerb müsse dringend reformiert werden. Im Gegensatz zum Ministerium Fischers hielt Richter-Reichhelm es für nicht vertretbar, den RSA, der das Rosinenpicken unattraktiv machen solle, erst im Jahre 2001 zu überarbeiten.

In der FAZ wurde ebenfalls am **9.5.** berichtet, Richter-Reichhelm halte die Kollektivhaftung der Ärzte für verfassungswidrig. Das Budget für ärztliches Honorar und für Arznei- und Heilmittel müsse abgeschafft werden. Nach der Landtagswahl in NRW müsse über die Finanzierungsgrundlagen der GKV gesprochen werden. Man dürfe nicht die Ärzte in Haftung nehmen, die zur Budgetüberschreitung nichts beigetragen hätten.

Am **10.5.** berichtete die FR über den Ärztetag 2000 in Köln: Fischer warnte hier vor einer Politisierung der Wartezimmer und verteidigte das Solidarsystem. Es hätte gespannte Unruhe im Saal geherrscht und eine „angespannte Ministerin“ habe „gehetzt“ ihre Rede begonnen. Lob bekam sie jedoch von den Ärztevertretern für ihre kürzlich geäußerten Vorschläge, mehr Geld ins System einzubringen. Die FAZ berichtete am **12.5.**, daß Hoppe, der Vorstand der Deutschen Ärztekammer, für ein freundlicheres Klima auf dem Ärztetag und in der Gesundheitspolitik Sorge. Fischer sei auf dem Ärztetag nicht durch überlaute Mißfallensäußerungen unterbrochen worden; die Schlacht um die Reform sei nunmehr längst geschlagen und eine neue stehe nicht unmittelbar bevor. (FAZ, 10.5.2000)

Die Opposition lehnte am **11.5.** Gespräche über die Gesundheitspolitik ab. (FAZ, 11.5.2000) Seehofer lehnte Fischers Angebot, Gespräche zu führen, strikt ab: Das ginge erst, wenn klar sei, wie die Rentengespräche ausgingen. Die Opposition erwartete, daß die Regierung erst die Arznei- und Heilmittelbudgets zurücknehme,

welche Union, FDP und Ärzteschaft ablehnten. Die Budgetierung verschlechtere die Versorgung chronisch Kranker und der Mitglieder der GKV, so die FDP, die flugs einen entsprechenden Antrag in den Bundestag einbrachte. Am **20.5.** berichtete die FAZ, daß Seehofer nicht zu Gesprächen bereit wäre, wenn die Gespräche über eine Rentenreform scheiterten. Für die Union wäre in der Gesundheitspolitik mehr Transparenz, Flexibilität und Wettbewerb entscheidend. Wenn Fischer ein neues, diskutables Konzept vorlege, könne man darüber diskutieren. Es dürfe aber nicht alles privatisiert werden, man müsse grundsätzlich am bestehenden sozialen System festhalten. Es solle aber mehr Eigenverantwortung gefordert werden. Budgetierung lehnte man ab. Eine Kollektivhaftung der Ärzte für Budgetüberschreitungen wäre ungerecht und verfassungsrechtlich bedenklich.

Am **11.5.** berichtete die FR, daß auf Drängen von Bundeskanzler Schröder das Arzneimittelgesetz zu Gunsten der Industrie geändert werde. Die zehnte Novelle des Arzneimittelgesetzes wurde dementsprechend als Vorlage im Gesundheitsausschuß des Bundestages beschlossen. Kernstück der Novelle war die Nachzulassung von Medikamenten: Schröder habe der Industrie Zusagen gemacht. Die Pharmaindustrie beklagte generell die „Innovationsbremse“ in Deutschland, die beseitigt werden müsse, solle sie nicht ins Ausland abwandern - so die Chefin des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller (VFA). (FR, 11.5.2000) Die Industrie müsse schleunigst steuerlich entlastet werden und die Gentechnikforschung dürfe zukünftig nicht erschwert werden.

Eine Kassenstudie der AOK kam **Ende Mai** im Übrigen zu dem Ergebnis, daß die Ärzte bei Arzneien noch 7,4 Milliarden DM sparen könnten, ohne daß die medizinische Qualität leide: Statt teurer könnten billigere Medikamente verschrieben werden, auch teure Nachfolgepräparate und umstrittene Medikamente brächten Entlastung. (FR, 27.5.2000)

Die CDU forderte am 30.5. Wahltarife für die GKV (FAZ, 31.5.2000) und einen grundlegenden Umbau des Sozialstaates (so der stellvertretende Vorsitzende der CDU, Christian Wulff). Wenn nichts passiere, stiegen die Sozialversicherungsbeiträge auf 55%. Dann implodiere der Sozialstaat. So müsse man Flexibilität und Wahlmöglichkeiten stärken. Insgesamt seien um 10-20% geringere Beitragssätze in der GKV im Bereich des möglichen.

Am **27.5.** meldete die FR, daß die Krankenkassen davon ausgingen, daß die Ärzte ihre Budgets im vergangenen Jahr um 410 Millionen DM überzogen hätten und auch in der laufenden Periode der vorgegebene Rahmen deutlich gesprengt werden würde. Die AOK erklärte, daß das Aktionsprogramm zwar durchaus Erfolge zeitige, so daß durch Generika Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden wären. Am **3.6.** meldete die FAZ, daß die Budgets nach Angaben der KBV noch stärker

überzogen wären als von den Krankenkassen bisher geschätzt – es handle sich um einen Betrag von 785 Millionen DM. Davon müßten die Ärzte denn rund 477 Millionen DM zurückzahlen. Die Kassenärzte reagierten darauf mit einer Ankündigung der Rationierung ihrer Leistungen um 30%, werde das Budget nicht erhöht – so der Vorsitzende der KBV, Richter-Reichhelm in der FR vom **7.6.2000**. Er plädierte nochmals für eine Honorarreform. Die Kassen reagierten darauf mit der Forderung, das Budget nicht zu erhöhen, sondern das vorhandene Geld wirkungsvoller einzusetzen. (FAZ, 7.6.2000)

Ministerin Fischer drohte am **7.6.** den Kassen und der Pflegelobby (FR, 8.6.2000), ihren Streit über die Organisation und Vergütung der ambulanten Pflege beizulegen. Das Scheitern der Gespräche zur häuslichen Krankenpflege sei nicht akzeptabel, so Jordan von Bundesministerium für Gesundheit. Die Krankenkassen lehnten derweil eine Erhöhung der Pflegesätze ab, die Krankenhäuser hingegen forderten von der GKV höhere Basis-Pflegesätze. (FAZ, 9.6.2000)

Die Privaten Versicherungen hingegen blickten am **15.6.** auf ein „gutes Jahr“ zurück und lobten die rot-grüne Regierung dafür, daß sie die Wahlfreiheit zur PKV nicht abgeschafft habe. (FR, 15.6.2000). Nur die Kosten für Medikamente hielt die PKV für bedenklich; diese kämen durch teure Innovationen zustande. Zudem meldete die PKV-Lobby, daß ihre Einnahmen stärker ausfielen als ihre Ausgaben und daß man mittlerweile 7,4 Mio. Vollversicherte betreue. Die PKV rügte in Gestalt ihres Vorsitzenden Geisler (Verband der Privaten Krankenversicherung), daß die GKV die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze fordere. Die GKV müsse schnellstens dem Wettbewerb ausgesetzt werden - dafür werde der ausgedehnte und zunehmende Private Bereich schon sorgen. (FR, 27.6.2000)

Die AOK betonte hingegen am **17.6.** wieder, daß sie gegen Grund- und Wahlleistungen eintrete und für das Solidarprinzip streiten werde. (FR, 17.6.2000).

Am **23.6.** meldeten FAZ und FR, daß die GKV gegen die rot-grünen Kürzungspläne bei den vom Bund bezahlten Kassenbeiträgen für Arbeitslose erbittert protestierte. Die Kassen warnten vor einem Anstieg der Beiträge auf breiter Front. Gesundheitsministerin Andrea Fischer widersprach der Kritik, die Kassen könnten den Einnahmeausfall von 1,2 Milliarden DM verkraften. Sie verwies zu diesem Zeitpunkt auf die anspringende Konjunktur und die sinkenden Arbeitslosenzahlen und wurde darin auch von ihrer Parteifreundin Kerstin Müller unterstützt. Union und FDP, Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken und Sozialverbände kritisierten hingegen den „faulen Kompromiß“ zwischen Finanzminister Eichel und Arbeitsminister Rister.

Insgesamt war zu diesem Zeitpunkt bereits zu registrieren, daß Gesundheitsministerin Fischer aus ihrer Partei seit Beginn der Legislaturperiode relativ wenig Un-

terstützung und Rückendeckung bekam. Es deutete sich an, daß sie dieser jedoch vermehrt bedürfen sollte. Am **15.8.** prophezeite die FR denn der Ministerin, daß sie bis zur Wahl „noch manch bittere Pille schlucken“ müsse und weiterhin vor großen Problemen stehe: Die KBV wolle die Rationierung von Medikamenten als unausweichlich darstellen, es drohe ein heißer Herbst. Vieles deute darauf hin, daß die zweite Hälfte der Amtszeit für Fischer mehr Ärger bringe als die auch nicht gerade reibungslose erste Periode. (FR, 15.8.2000) Die gegenwärtigen und zukünftigen Probleme bestünden vornehmlich in der Finanzlage der Pflegekassen, dem Handlungsbedarf bei der GKV, dem Karlsruher Urteil zu den Einmalzahlungen und der zunehmende Verfeindung der Kassen untereinander. Fischer brauche für die Reform des RSA die Zustimmung des Bundesrats - eine schwierige Angelegenheit. Zudem wolle die Union die Gesundheitspolitik zum Thema des Bundestagswahlkampfes machen. Schreckensvision eines Insiders: Die Kassen könnten im Jahr 2001 angesichts der drohenden Einnahmeausfälle von rund drei Milliarden DM die Beiträge anheben, gleichzeitig würden die Ärzte den Versorgungsnotstand ausrufen. (ebd.)

Die Pläne der KBV, die Leistungen um bis zu 25% zu reduzieren, hatte die SPD scharf kritisiert (Gesundheitspolitiker Kirschner am **18.8.2000** in der FAZ) Bei Leistungsverweigerung sollten die Kassen ein Verfahren zum Entzug der Kassenzulassung einleiten. Um ihre Honorarvorstellungen durchzusetzen, dürfe nicht das Recht zu Lasten der Patienten gebeugt werden. (ebd.)

Im August gerieten die Kassenärzte in Form der Kassenärztlichen Vereinigungen auch von anderer Seite unter Druck, da die Zahl unkorrekter Abrechnungen stieg (FR, 22.8.2000) Ein Vorstandsmitglied der KBV, Pötsch, führte gar aus, daß in der bayrischen KV „mafiaähnliche Zustände“ herrschten und forderte eine grundlegende Reform. Auch SPD-Gesundheitsminister Florian Gerster (Rheinland-Pfalz) forderte eine solche Reform der KV.

Derweil wurde der Streit um das Kassengeld schärfer: Die Kassen-Verbände forderten eine milliardenschwere Nachzahlung für die Versicherten, die keinen Widerspruch einlegten. (FR, 26.8.2000) Das Gesundheitsministerium kritisierte diese Forderung und nannte die öffentlich geäußerten Vorschläge der Kassen „Augenwischerei“. Ministerin Fischer wollte trotz der Kritik der Gewerkschaften und Teilen der Krankenkassen keinen generellen Nachschlag zu den seit 1997 gezahlten Krankengeldzahlungen bewilligen: „Wir bleiben bei unserem Gesetzesvorhaben“. (ebd.)

Die Pharmaindustrie klagte wiederholt über einen sinkenden Marktanteil im Inland um 40,5% und kündigte an, in Brüssel Beschwerde gegen die geplante Positivli-



ste zum 1. Juli 2001 einzulegen. (FAZ, 1.9.2000) Sie forderte generell mehr Eigenverantwortung (FAZ, 20.9.2000) und Steuerung durch finanzielle Anreize für Versicherte. Die Verbände der Pharmaindustrie kritisierten wiederum generell die Budgets und die Positiv- wie auch die Negativliste.

Ministerin Fischer wies diese Kritik zurück und verteidigte ihre Gesundheitsreform; die Positivliste gebe dem Arzt ein Instrument zur rationalen Arzneimitteltherapie an die Hand, an den Budgets führe kein Weg vorbei, solange es nicht bessere Steuerungsinstrumente gebe. (FAZ, 20.9.2000) Schon heute könnten viele Ärzte die Budgets einhalten.

Am **18.9.** 2000 legte Andrea Fischer denn die lang erwartete Positivliste dem Bundesrat vor. Diese enthielt über 400 Arzneistoffe, die von den Kassen zukünftig nicht mehr abgerechnet durften. (FAZ, 19.9.2000) Die Kassen klagten am gleichen Tag über die Verschreibung zu vieler Arzneimittel. Die KBV ließ hingegen durch ihren Vorstand Richter-Reichhelm verlauten, in der BRD würden sowieso schon mehr Generika als anderswo verordnet, schon heute würden die Verschreibungen wegen der Budgetierung rationiert, was die Ärzte zur leistungsorientierten Arbeit zwingt. (ebd.)

Am **26.9.** meldete die FAZ, daß nunmehr die Budgets von elf der 23 Kassenärztlichen Vereinigungen überschritten wären – und zwar in einem Volumen von 917 Millionen DM (von insgesamt 38,8 Milliarden DM). Der tatsächliche Ausgleichsbedarf betrage 588 Millionen (wegen der Überschreitungen, die sich erst ab einer solchen von über 5% eines Vertragsarzt ergeben). Die ostdeutschen Ärzte drohten denn gar am 25.9. wieder mit Streiks, um auf ihre brisante finanzielle Situation aufmerksam zu machen. Fischer kritisierte diese Aktionen, da die Konflikte um Vergütung in der Ärzteschaft selbst behebbar wären und nicht auf dem Rücken der Patienten ausgetragen werden dürften. (FAZ, 26.9.2000)

Die KBV riet Ärzten derweil am **28.9.**, keine Kassenrezepte bei Bagatellkrankheiten auszustellen – nur auf Privatrezept oder gar nicht, um die Budgets nicht weiter zu überziehen. (FAZ, 28.9.2000). So wären z.B. die Budgets für Berlin etwa bereits bis zum 7.11.2000 aufgebraucht. (ebd.)

Ministerin Fischer hingegen sprach von sehr konstruktiven Gesprächen mit der KBV-Spitze am 28.9. (FR, 29.9.2000) Eine Ablösung des Budgets durch Richtgrößen komme für sie weiterhin nicht in Frage, aber man habe über die Prüfung von Vorschlägen diskutiert, wie man die Ärzte zu einem wirtschaftlicherem Vorgehen mit dem Rezeptblock animieren könne. (ebd.)

Am **29.9.** berichtete die FR über den Streit in der Koalition über das Krankenkassenurteil; die Grünen wollten pflichtversicherte Rentner wie Freiwillige belasten, die SPD mochte Abgabe auf Kapitaleinkünfte streichen. Fischer sagte, die Zeit

dränge nicht, man befinde sich in Gesprächen. (FR, 29.9.2000) Die SPD machte sich Sorgen über die angespannte Finanzlage der Kassen; ein Weg zur Vermeidung der Einnahmeeinbußen müsse unbedingt gefunden werden, so Gudrun Schaich-Walch. Aber die SPD wolle sich nicht in den „Krieg mit 12 Mio. Rentnern“ begeben. Die Grünen hingegen erachteten die Senkung der Kassenbeiträge von wohlhabenden Rentnern schlicht als ungerecht, so Matthias Berninger für seine Partei. (ebd.)

Die FR kommentierte, Fischer sei nun in einer noch heikleren Situation als zuvor, da sie noch selbst im Frühjahr für eine Verbreiterung der Bemessungsabgabe plädiert habe und dafür von Bundeskanzler Schröder abgekanzelt wurde. (FR, 29.9.2000) Nun müsse sie konsequenterweise die Kapitalerträge aller aktiven Arbeitnehmer belasten. Zu einer solchen Revolution fehlten ihr aber die Bataillone. Keines der gravierenden Strukturprobleme im Gesundheitswesen sei gelöst. (ebd.)

Der Vorsitzende des VDÄÄ, Winfried Beck, verdeutlichte in einem Gespräch mit der FR am **2./3.10.** die Position des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte: Es ist genug Geld im Gesundheitswesen vorhanden, nur wird es nicht sinnvoll verteilt. Es müsste rationaler verordnet werden und es solle mehr Leitlinien, am besten gar eine Qualitätsoffensive geben. Auch könne durchaus mehr Wettbewerb durch den Staat zugelassen werden. Ministerin Fischer sei generell den richtigen Weg gegangen, er wünsche sich aber ein noch viel resoluteres Vorgehen des Ministeriums. Die Bundesgesundheitsministerin müsse gegenüber den Ärzteverbänden ihre Position aufrechterhalten, daß mit dem vorhandenen Geld gewirtschaftet werden könne und daß es Sache der Ärzteschaft sei, eine Qualitätsoffensive einzuleiten. Wenn Fischer mehr Geld ins System pumpe, dann entfalle der Druck dafür. (FR, 2./3.10.2000)

Am **8.10.** kündigten die Ersatzkassen stabile Beiträge für 2001 an; bisher gebe es keine Erhöhungspläne. (FAZ, 9.10.2000) Die größte Sorge der GKV sei die Abwanderung von Versicherten zur BKK, dadurch habe man im Jahre 1999 1,2 Mrd. DM eingebüßt. Die Risikoselektion lohne sich also: fast nur junge Wohlhabende wechselten zur BKK. (ebd.)

Auf Sympathie stieß im Oktober bei der Bundesärztekammer der Vorschlag Fischers, Kassenpatienten sollten demnächst nach jedem Arztbesuch eine Quittung über erbrachte Leistungen bekommen. Dadurch werde die Transparenz erhöht. (FR, 10.10.2000) Darüber sei sie sich auch weitgehend mit der SPD einig. Die Kosten würden freilich auf dem Beleg nicht angegeben, weil die Mediziner nur die Punkte kennen würden. (ebd.)

Gutachter im Auftrag des Ministeriums plädierten derweil am **10.10.** für ein Beibehalten des RSA, allerdings auch für eine Verbesserung desselben. (FAZ, 10.10.2000)

### **3. Der Druck auf die grüne Gesundheitsministerin Fischer nimmt zu**

In der FAZ am **14.10.2000** wurde berichtet, daß Ministerin Fischer von den einsetzenden Personaldebatten innerhalb der grünen Partei stark betroffen sei. Die Ministerin stehe unter starkem Druck, erfahre man inoffiziell. Ihr fehle ein großes und leicht zu vermittelndes Thema, das sie ihrer Partei als erfolgversprechendes Argument für den Wahlkampf an die Hand geben könne. Das Interesse in Fraktion und Partei an Einzelheiten der Gesundheitspolitik sei aber auch zu gering, als daß kleinere Erfolge durch die Ministerin vermittelt werden könnten. Es bestünden Sorgen, daß die Union Fischers mangelnde Möglichkeiten zur politischen Gegenwehr im Wahlkampf ausnutzen könne. Bei der Kritik an Fischer handele es sich jedoch eher um beginnende Nervosität und nicht um ein Zeichen einer bevorstehenden Absetzung der Ministerin. (FAZ, 14.10.2000)

Am **24.10.** berichtete die FAZ, daß der grüne Parteirat nunmehr beschlossen habe, daß sich die Grünen künftig intensiver mit der Gesundheitspolitik beschäftigen wollten und diese auch in den Mittelpunkt der Parteiarbeit stellen würden. Zudem habe man sich darauf verständigt, Ministerin Fischer zukünftig den Rücken stärken zu wollen. Die Grünen wären grundsätzlich für eine Stärkung der Prävention, der Effizienz und der Wirtschaftlichkeit sowie für den Erhalt und die Modernisierung der solidarisch finanzierten Krankenversicherung. (FAZ, 24.10.2000)

Die Negativliste Fischers passierte im Übrigen am **20.10.** den Bundesrat. Fischer erwartete dadurch Einsparungen von 360 Mio. DM. (FR, 21.10.2000) Die FAZ meldete am 21.10. ähnlich lautendes, betonte aber, die Pharmaindustrie habe durch die Negativliste mit Umsatzeinbußen von 200 Mio. DM pro Jahr zu rechnen. (FAZ, 21.10.2000)

Am **21.10.** schlug die KBV ein gemeinsames Vergütungssystem für Kassenärzte und Kliniken vor, allerdings signalisierte Ministerin Fischer Vorbehalte dagegen. Im Osten Deutschlands streikten am **30.10.** derweil mehrere tausend Ärzte gegen die ihrer Ansicht nach zu geringe Honorierung der ärztlichen Leistungen.

Ganz grundsätzlich äußerte sich in der FAZ vom **6.11.** Hans D. Barbier; „Zur Misere des Gesundheitswesens“. Er plädierte dafür, die Mitgliedschaft und die Beiträge der Solidargemeinschaft der Krankenkassen von den Arbeitsverhältnissen zu lösen, um die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen nicht automatisch zum Kostenfaktor am Arbeitsplatz werden zu lassen. Budgetvorgaben der Politik seien reglementierend und bevormundend. Was die Gesellschaft für Gesundheit ausge-

ben wolle, zeige die Zahlungsbereitschaft der Mitglieder. Ein System aus Wahltarifen und Beitragsrückerstattungen könne den Raum für individuelle Sicherheitswünsche und für individuelles Kostenbewußtsein lassen. Wettbewerb tue not; dieser Grundgedanke einer Reform bilde das Muster des liberalen Marktmodells ab: „Gesundheit ist unter manchen Umständen ein besonderes Gut; der Versorgung auch mit diesem Gut bekommt es aber am besten, wenn der Patient auch auf diesem besonderen Markt ein Kunde sein darf.“ (FAZ, 6.11.2000)

Am **7.11.** wurde ein Grundsatzpapier der Grünen publik (FR, 7.11.2000), in dem die Partei eine Ausweitung des Beitragszahlerkreises forderte und den Leistungskatalog der Kassen zu durchforsten drohte. Der Parteirat billigte ein 15-seitiges Programm, in dem die Anhebung der Pflichtgrenze und Einbeziehung der Beamten und alle Einkommensarten gefordert wurden. Gleichzeitig sollten wettbewerbliche Strukturen gefördert werden. Es gehe im Leistungskatalog der GKV um das medizinisch Notwendige, das Überflüssige müsse gestrichen werden. Mitglieder der GKV könnten dann Wahlangebote oberhalb der Standardsicherung wählen. Im Unterschied zu Union und FDP wolle man das medizinisch Notwendige jedoch nicht beschneiden, so der Initiator des Grundsatzpapiers, Fritz Kuhn. Für das Verhältnis zur SPD enthielt das Papier reichlich Sprengstoff; so etwa die Forderung, die Kürzung der Arbeitslosenbeiträge zur Krankenversicherung zurückzunehmen. (ebd.)

Die FR berichtete am **7.11.** unter der Überschrift „Grüne fordern weitere Kürzungen der Kassen – Partei stellt sich hinter Fischers Gesundheitsreform“. In einem Kommentar wurde Ministerin Fischer gewarnt, sie habe es derzeit nicht leicht und werde ihre gegenwärtige politische Position auch kaum verbessern können: Die Ärzte streikten, die Kassen rüsteten zur Schlacht um den milliardenschweren Branchen-Ausgleichstopf und Bärbel Höhn falle ihr in der BSE-Debatte in den Rücken. Die SPD hingegen sei bei heiklen Themen wie der Belastung der Rentner-Nebeneinkünfte mit Kassenbeiträgen auf einen populistischen Kurs eingeschwenkt, während im Kanzleramt bereits über eine ganz andere, neoliberale Gesundheitspolitik philosophiert würde. Jedoch springe jetzt endlich die eigene grüne Partei der bedrängten Ministerin zur Seite. Neue Freunde werde Fischer mit dem Papier und ihren Reformvorschlägen aber nicht bekommen. (ebd.)

In der Tat reagierte die SPD ablehnend und nannte die Vorstöße der Grünen am **8.11.** „unklug“. Es gebe zwar Übereinstimmungen in der Sache, so Schaich-Walch, aber an der Kommission zur Vorbereitung einer neuen Gesundheitsreform wolle sich die SPD nicht beteiligen, so dieselbe. Die SPD schreibe ihr eigenes Grundsatzprogramm und verhandele über Koalitionspolitik nach der nächsten Wahl. Mit der Opposition könnten die Grünen verhandeln, aber die SPD mache

dabei nicht mit. Positiv sei es, daß die Grünen nun nach zwei Jahren entdeckt hätten, daß die Gesundheitsministerin Mitglied der Grünen sei. Die SPD habe sich bisher sehr allein dabei gefühlt, die Gesundheitspolitik in die Öffentlichkeit zu tragen, vielleicht ändere sich das nun. „Dämlich“ nannte Schaich-Walch den Vorschlag, den Leistungskatalog der GKV von Überflüssigem zu befreien. Das gelinge der Koalition seit einem Jahr nicht. Außerdem sei eine derartige Debatte jetzt politisch-strategisch äußerst unklug. (FR, 8.11.2000)

Derweil erwog Ministerin Fischer über ein Anreizsystem für Wechsler und Entlohnungen für die Krankenkassen nach, die sich um die chronisch Kranken kümmern. (FR, 2.11.2000)

Am **14.11.** berichtete die FR über „Schrille Töne im Koalitionschor“; Rot-Grün stehe eigentlich politisch gut da, so Schlauch, aber nunmehr merkten die Grünen, daß die Dissenskarte bei der privaten Altersvorsorge und der Invalidenrente gegenüber der SPD zu Lasten der eigenen Partei und v.a. auf Kosten der eigenen Gesundheitsministerin und junger Wähler ginge. (FR, 14.11.2000)

Graf Hohendahl kommentierte in der FAZ vom 15.11., daß die Grünen sich bei den Wahlen keine geschwächte Gesundheitsministerin leisten könnten, sie kein Zugpferd wäre und so die Grünen nun - endlich, aber letztlich zu spät - die Gesundheitspolitik entdeckten. (FAZ, 15.11.2000)

Auch Fischer äußerte sich klar über ihr Leiden an mangelnder Unterstützung aus der eigenen Partei in der Vergangenheit: „Wenn eine Partei drei Ressorts hat, sich aber nur um zwei kümmert, dann ist das ein Problem“. (ebd.) Über die Bemühungen der neuen Parteispitze, Kuhn und Künast, äußerte sie sich daher nunmehr sehr zufrieden. (ebd.)

In der FR, die berichtete, daß die Ministerin innerhalb der SPD-Führung jetzt als politisch angeschlagen gelte, erklärte Fischer am **23.11.** in einem Interview, daß der Druck für sie durch die Aufmerksamkeit für die Gesundheitspolitik immer groß sei. Es heiße, der Kanzler sei nicht glücklich mit ihr, erläuterte der Redakteur der FR und führte aus, daß sich gegenwärtig die politischen Nachrufe auf Fischer häuften. Fischer antwortete, solche Fragen solle die FR dem Kanzler stellen, das wäre hilfreicher. (FR, 16.11.2000) Die jetzige Unterstützung durch die eigene Partei sei sehr überfällig, bestätigte die Ministerin, deren Grundton in diesem Interview man ohne Skrupel als recht resignativ bezeichnen konnte.

Am **23.11.** ließ Fischer vernehmen, sie wolle die Kassen entlasten, Sterbegeld und Mutterschaft solle nicht mehr durch die Kassen, sondern von den Steuerzahlern aufgebracht werden. Eine Lösung wie bei der Rente sei überfällig. Von Ärztepräsident Hoppe wurde sie dafür gelobt. Allerdings bliesen am **8.12.** die Kassenärzte zum Kampf gegen die Budgetierung, die KBV kündigte durch Richter-

Reichhelm weitere Kampfmaßnahmen an. Aber die Regierung erklärte, sie bleibe bei den Arzneibudgets. (FAZ, 8.12.2000) Fischer sagte, das Problem sei nicht der Geldmangel im Gesundheitswesen, sondern die falsche Verteilung. Mit dem Geld der Versicherten dürfe man nicht herumaasen, so Fischer. (ebd.)

Gleichzeitig - am **9.12.** - erklärte die Pharmaindustrie in Gestalt des Vorsitzenden Schwab vom BPI, daß sie sich durch die Positivliste stark in ihrer Existenz bedroht fühle. (FAZ, 9.12.2000)

Im **Dezember** verschärften sich die Konflikte: Richter-Reichhelm plante für den 18. Januar 2001 ein Gespräch mit Bundeskanzler Schröder, an dem auch der Präsident der Bundesärztekammer, Hoppe, teilnehmen wollte. Ziel: Schröder von der Notwendigkeit einer grundlegenden Reform des Gesundheitswesens zu überzeugen. (FAZ, 22.12.2000).

Hoppe berichtete im Dezember, daß bei den regionalen Ärztekammern regelmäßig Beschwerdebriefe von Patienten eingingen: Gesetzlich Versicherte beklagten sich zunehmend, daß sie nicht mehr die gewohnten, sondern aus ihrer Sicht schlechtere Medikamente verschrieben bekämen. Zudem gebe es Klagen, daß Ärzte die Verordnung von Massagen und Physiotherapie verweigerten. Die Patienten spürten eine Verschlechterung der Behandlungsqualität, so Hoppe (ebd.). Er rief noch kürzlich zu den parteiübergreifenden Konsensgesprächen am Runden Tisch auf und zeigte sich zuversichtlich, daß die Politik sich nun wieder stärker mit den Problemen des Gesundheitswesens befassen würde. Sowohl Regierung als auch Opposition spürten offensichtlich, daß die Gesundheitspolitik ein Wahlkampfthema werden könne. Im Januar wollten die Landesvertreter mit der Parteispitze der Grünen über deren Reformpapier sprechen, das nach Ansicht Hoppes diskussionswürdige Elemente enthalte. Die Mediziner überraschte, daß die Grünen für eine Neudefinition des Leistungskatalogs der GKV eintreten. Hoppe erläuterte, daß man grundsätzlich über das Gesundheitswesen nachdenken müsse. Die lohnabhängige Finanzierung der GKV sei nicht mehr zukunftsfähig. Die Ärztekammer diskutiere demnach gerade über Modelle zur Reform der GKV, die die Möglichkeit einschließt, den Kreis der Versicherten zu erweitern oder die Bemessungsgrenze zu erhöhen. Erwägenswert fand Hoppe, die Umlagefinanzierung zugunsten einer Privatversicherung mit Versicherungspflicht abzuschaffen. Die Gefahr bestehe, daß fachärztliche Behandlung zukünftig nur noch an Krankenhäusern stattfinde und die Facharztpraxen über kurz oder lang ganz verschwänden. Die Vergütung der Fachärzte gehe durch die gesetzlich geforderten getrennten „Honorartöpfe“ stark zurück. Private Krankenhäuser würden eine neue Rechtsgrundlage nutzen und mit Krankenkassen Verträge abschließen, um sogenannte integrierte Versorgungsmodelle für die ambulante und stationäre Behandlung aufzu-

bauen. Solch Konkurrenz zu den Facharztpraxen werde einen Verlust an Arbeitsplätzen für Ärzte und Helferinnen nach sich ziehen. (ebd.)

Im Dezember meldete die FR, daß die Krankenkassen wider Erwarten auf schwarze Zahlen zusteuerten und daß Fischer vorerst mit stabilen Beiträgen rechne. Die Budgetierung sei nicht an allem schuld, so Fischer am 1.12. in der FR. Scharf wies sie die Kritik der Opposition zurück. (FR, 1.12.2000)

Zu diesem Zeitpunkt - **Ende 2000** - häufte sich die BSE-Berichterstattung und begann in hohem Maße die Debatte über andere Bestandteile der Gesundheitspolitik zu überlagern.

In der Gesundheitspolitik verschärften sich jedoch die Konflikte wiederum: Am **13.12.** ließen die Ärzte von der KBV die Budget-Gespräche mit den Spitzenverbänden platzen; die Krankenkassen forderten die KBV auf, wieder zu verhandeln. (FR, 14.12.2000)

Die FAZ schrieb am **15.12.** gar vom „Krieg der Ärzte“ und berichtete über das dramatisch verschlechterte Verhältnis Fischers zur KBV. Die Budgets könnten in Zukunft nicht verteidigt werden. Am selben Tag meldete die FAZ, Fischer wolle die KBV zu den Budget-Gesprächen zwingen und denke über eine Einschränkung der Selbstverwaltung der Kassenärzte nach. (ebd.)

#### **4. Der Rücktritt Fischers**

Es hatte sich ein hohes Konfliktpotential zusammengeballt, welches für die Ministerin bedrohlich werden sollte. Als Ministerin Fischer auch noch öffentlichkeitswirksam von Bärbel Höhn wegen ihres angeblich zu laxen Krisenmanagements in der BSE-Politik kritisiert wurde und sich die Angriffe auf das Bundesgesundheitsministerium häuften, war zu Beginn des Jahres 2001 der Zeitpunkt der Überlastung des grünen Gesundheitsministeriums gekommen:

Am **10. Januar 2001** wurde der Rücktritt Fischers und des Landwirtschaftsministers Funke (SPD) gemeldet (FAZ, 10.1.2001): „Die BSE-Krise erschütterte die Bundesregierung. Staatssekretär Wille und Bärbel Höhn als Nachfolger?“ (ebd.)

In der SPD hatte man bereits am Wochenende zuvor mit Aufmerksamkeit zur Kenntnis genommen, daß Rezzo Schlauch von den Grünen ein Bundesministerium für Verbraucherschutz forderte und so von Frau Fischer abrückte. Fischer erklärte am Nachmittag des **10. Januars**, im Zuge der BSE-Krise sei ihre Position so geschwächt worden, daß sie auch in der Gesundheitspolitik nicht mehr wirken könne. Das Vertrauen der Bürger in die BSE-Politik sei nicht mehr gegeben, das müsse sie erkennen und die entsprechenden persönlichen Konsequenzen ziehen. Bundeskanzler Schröder habe ihren Rücktritt mit Bedauern zur Kenntnis genommen. Sie selbst bedauere alle Fehler beim Verbraucherschutz; notwendig sei hier ein

neuer Ansatz. Sie wisse nicht, wer ihr Nachfolger werde und ob die Grünen das Ressort überhaupt behalten wollten. Allerdings sei es bizarr, daß ausgerechnet eine Politikerin der Grünen wegen der Landwirtschaftspolitik als erste zurücktreten müsse. Gern hätte sie ihr Amt weitergeführt. Sie habe jedoch in der Gesundheitspolitik die erschreckende Erfahrung gemacht, das wirtschaftliche Interessen das Gemeinwohl überlagerten. (FR, 10.1.2001)

Die FAZ kommentierte am **10. Januar**, Fischer habe die Konsequenz aus einem Dauerdebakel gezogen, welches ihre Position im Kabinett und in der Parteiführung der Grünen unaufhaltsam schwächte. Sie habe ihr Ministerium während der zwei Jahre nicht in den Griff bekommen. Jetzt habe sie selbst begriffen, daß es mit ihren eigenen Mitarbeitern in Zukunft nicht weitergehen könne. Schon vorher sei sie an der Unmöglichkeit gescheitert, die rot-grüne Gesundheitspolitik zu verwirklichen und zu verdeutlichen. Daran sei aber die Koalitionsvereinbarung schuld gewesen, die eine Quadratur des Kreises gewesen wäre. Keinesfalls gehe die Krise der Gesundheitspolitik auf ein erstarrtes System zurück, wie Fischer lediglich glaube. (FAZ, 10.1.2001)

### ***5. Der Übergang zur neuen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt***

Am **11.1.** wurde Ulla Schmidt (SPD) als neue Bundesgesundheitsministerin präsentiert. Sowohl in der SPD als auch bei den Krankenkassen hieß es zu Beginn, an Äußerungen zur Gesundheitspolitik der Frau Schmidt könne man sich nicht erinnern. Ratlosigkeit herrschte auch bei vielen Lobbyisten. (FR, 11.1.2001) Bundeskanzler Schröder führte aus, ganz wichtig sei zukünftig die Reform des RSA und die Stabilisierung der Beitragseinnahmen. Dies würden auch die kommenden Probleme für Schmidt sein, so der Kommentar der FR. Denn die Hoffnung, nach dem Scheitern Andrea Fischers würde nun Ruhe in der Gesundheitspolitik einziehen, dürfte trügerisch sein. Der erste Brocken sei das Gutachten zum RSA, danach müsse das neue Preissystem in den Krankenhäusern komplettiert werden. Ebenso explosiv sei die Frage der Arzneimittelbudgets, gegen das die Mediziner protestierten. Schröder hielt es aber für kein Manko, das Schmidt sich bisher nicht im Minenfeld der Gesundheitspolitik und ihrer Funktionäre und Lobbyisten bewegt hätte: „Sonst hätte ich sie nicht berufen.“ (ebd.) Auch Fischer hätte sich einarbeiten müssen. Wie diese habe sich Schmidt vorher mit Rentenpolitik befaßt, sehr im Sinne des Kanzleramtes und wenig originell, so die FR. (ebd.) Schmidt hätte so Vorteile gegenüber Fischer; sie neige weniger zu Temperamentsausbrüchen und sei seit zehn Jahren in der Parteispitze der SPD, wo sie bei den Renten ihre Durchsetzungskraft bewiesen habe. Auch in der Humangenetik würde sich die



Neue weniger sperrig erweisen als Fischer und die Konflikte mit der Industrie besser entschärfen können als die grüne Gesundheitsministerin.

Im Ministerium würden Jordan und Nickels ihre Ämter verlieren, so die FR am **11.1.2001**. Neue Staatssekretärin im Gesundheitsministerium wurde Gudrun Schaich-Walch (SPD) aus Frankfurt, gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion. (FAZ, 12.1.2001)

Gleich nach Schmidts Amtsantritt meldeten sich am **16.1.** die Ärzte des KBV in Gestalt ihres Sprechers Richter-Reichhelm und forderten von Schmidt ein Entgegenkommen bei den Budgets für Arzneien: „Die Budgets müssen weg“. (FAZ, 17.1.2001)

Schröder und Schmidt versprachen denn auch gleich nach einem Gespräch mit der KBV-Spitze, darüber nachzudenken, ob man die Budgetregelungen noch vor der nächsten Bundestagswahl ändere. (FR, **19.1.2001**) Man könne sie vielleicht durch Richtgrößen ersetzen. Das begrüßte der teilnehmende Richter-Reichhelm im Namen der KBV. (ebd.)

Auch einen Kurswechsel in der Biotechnologie kündigte Schmidt an - die Gentechnik-Politik solle liberal werden, so Schmidt. (FAZ, 17.1.2001)

Schmidt plante sodann gleich einen Runden Tisch mit den Ärzten und Bundeskanzler Schröder deutete Entgegenkommen bei den Budgets an. (FAZ, **20.1.2001**)

Dagegen regten sich die Krankenkassen, die in einem Brief an Schröder schrieben, sie müßten bei einer Lockerung der Budgets die Beitragssätze anheben. (FAZ, **23.1.2001**)

Am **2.2.2001** rückte Schmidt denn von der Kollektivhaftung der Kassenärzte ab und sagte, sie wolle Richtgrößen für einzelne Mediziner prüfen. (FAZ, 2.2.2001) Richter-Reichhelm sagte, damit würde eine der Hauptforderungen der Kassenärzte erfüllt.

Der Kollektivregreß sei vor allem eine psychologische Barriere, so Schmidt im Interview mit der FR am **2.2.2001**. Ein gangbarer Weg seien praxisbezogene Richtgrößen und ein Individualregreß der Mediziner bei unwirtschaftlicher Verordnung.

Auch müßten die Kassen entlastet werden, so Schmidt am **3.2.2001** in der FR: Lieber gebe man Zuschüsse aus Steuern als versicherungsfremde Leistungen, wie bei der Rente, so Schmidt. Die Krankenkassenbeiträge sollten trotz des Wegfalls des Regresses stabil bleiben, an der Deckelung der Ausgaben werde sie festhalten. (ebd.)

Am **16. Februar** bot Schmidt der Union eine Zusammenarbeit in der Gesundheitspolitik an, sagte aber auch, es gebe keinen Wechsel in der Gesundheitspolitik. Die Union kündigte an, sie wolle zunächst Einblick in ein Reformkonzept bekommen. (FR, 17.2.2001)

Am **24.2.2001** entließ Schmidt den Abteilungsleiter im Ministerium Schulte-Sasse, der einen ausdrücklich kritischen Gentechnik-Kurs verfolgte (FR, 25.2.2001). Auch herrschten Meinungsverschiedenheiten über das Arzneimittelbudget. Für die Facharztlobby war Schulte-Sasse zur „Haßfigur“ geworden, der nun Schmidts versöhnlicherem Kurs entgegenstand. (ebd.)

Am **7. März** wurde der Verzicht von Schmidt auf den Regreß der Ärzte für 1999 und 2000 bekanntgegeben. (FR, 8.3.2001) Schmidt wandte sich in dieser Entscheidung gar gegen die Gutachter aus den eigenen Reihen.

Auch wurde **Anfang März** bestätigt, daß die SPD einen Kassen-Mindestbeitrag erwäge: Schmidt sagte, die Vernunft werde siegen. (FAZ, 8.3.2001).

Insgesamt häuften sich die Berichte über die große Gesprächsbereitschaft und die Ausgleichsversuche der neuen Ministerin, die vornehmlich darum bemüht wäre, Konflikte zu entschärfen. Nach dem Streik von Ärzten in den neuen Bundesländern äußerten sich z.B. ihre Vertreter sehr positiv über das ausgezeichnete Gesprächsklima im Bundesgesundheitsministerium. (FAZ, 28.3.2001)

Am **28.3.** verordnete Schmidt höhere Kassenbeiträge auf mindestens 12,5% für alle in der GKV. (FAZ, 30.3.2001) Grüne und Union kündigten jedoch bereits an, dabei nicht mitzuziehen. (FR, 29.3.2001)

Der Eindruck erhärtete sich zunehmend, daß es Ulla Schmidts wichtigster Auftrag war, für „Ruhe in den Wartezimmern“ zu sorgen und die Gesundheitspolitik aus dem nächsten Bundestagswahlkampf heraus zuhalten: Das Bundesgesundheitsministerium betrachtete es als vordringlich, den Konflikt um die kollektive Haftung der Ärzteschaft für eine Überschreitung der ihnen für die Verordnung von Arzneimitteln zustehenden Budgets zu lösen.

Mittlerweile brachte die Bundesregierung einen Gesetzentwurf auf den Weg, der die Abschaffung des Kollektivregresses vorsieht. Statt finanzieller Sanktionen sieht dieser ein Steuerungskonzept vor. Das den Ärzten zustehende Verordnungsvolumen hat sich dem Gesetzentwurf zufolge künftig an Richtgrößen zu orientieren. Ob auf diesem Wege eine wirkungsvolle Eindämmung der Ausgabenentwicklung und zugleich die postulierte Qualitätsverbesserung in der Arzneimittelversorgung erreicht werden können, kann durchaus bezweifelt werden.

Bezüglich des RSA einigte sich das Bundesgesundheitsministerium im **April** mit den Krankenkassen auf ein Konzept, das zunächst eine Reform der Kassenwahl vorsieht: Die Wahlfreiheit wird bis zum Ende dieses Jahres ausgesetzt, der 30.9.

als bisheriger Stichtag für den Kassenwechsel abgeschafft und statt dessen ab dem 1.1.2002 eine generelle sechswöchige Kündigungsfrist zum Monatsende bei einer obligatorischen Mindestbindung von 18 Monaten an die neue Kasse eingeführt.

Insgesamt verfolgt die neuerliche Reform das Ziel, die schlimmsten Auswüchse des Wettbewerbs zu lindern und weitere umfangreiche Mitgliederwanderungen zu verhindern.

## **6. Vorläufige Bilanz und Ausblick**

Es sieht so aus, daß sich derzeit noch keine gesundheitspolitische Wende abspielt. Die Stabilität der Beitragssätze in der GKV bleibt der zentrale Bezugspunkt der Gesundheitspolitik. Jedoch wird unter Ulla Schmidt nunmehr ein ärzte-, pharmaindustrie- und gentechnikfreundlicherer Kurs verfolgt. Es scheint, daß die großen gesundheitspolitischen Veränderungen erst nach den Bundestagswahlen 2002 zu erwarten sind. Möglicherweise steht dann ein Systemwechsel in der GKV an, der mit weiterer Privatisierungspolitik einher gehen würde.

Der konkrete politische Anlaß für den Rücktritt Andrea Fischers war zweifelsohne das mangelnde Krisenmanagement ihres Ministeriums in der BSE-Krise.

Unter der Oberfläche der Tagespolitik geriet die grüne Ministerin jedoch schon spätestens seit dem Herbst 2000 immer stärker unter politischen Druck: Innerhalb des Gesundheitswesens stand sie zunehmend zwischen der Ärztelobby und der Pharmaindustrie auf der einen, der GKV auf der anderen Seite. Ihre insbesondere vom größeren Koalitionspartner SPD zunehmend dringlich erwartete Vermittlungsfunktion konnte sie aufgrund der offenliegenden – und durch die abgespeckte Gesundheitsreform 2000 lediglich notdürftig kaschierten – strukturellen politischen Interessenkonflikte im Gesundheitssystem kaum gerecht werden. So nahm oberhalb der Ebene des unruhigen Gesundheitswesens mit seinem komplexen und verschachtelten Interessengeflecht auch der politische Druck aus den Reihen der Koalition auf die Ministerin Fischer und die Politikgestaltung- und Vermittlung ihres Ministeriums zu. Zwischen den Experten der Gesundheitspolitik innerhalb der SPD und ihrer zunehmend neoliberale Rezepte favorisierenden Führungsgruppe stand sie immer stärker auf verlorenem Posten. Hinzu kam die mangelnde politische Unterstützung aus den Reihen der Fraktion und der Partei der Grünen. Der Partei gelang es kaum, den eigenen, noch in den Koalitionsvereinbarungen erfolgreich eingeschlagenen gesundheitspolitischen Kurs weiterhin offensiv zu verfolgen und auch zu vermitteln.

In einer politisch-strategischen Situation, in der für die SPD angesichts der stärker aufbrechenden Konflikte absehbar wurde, daß die Gesundheitspolitik noch vor

den nächsten Bundestagswahlen zum öffentlichen Kampffeld werden könne, entschieden sich die Strategen der Regierung für einen konsensorientierten, kommunikativen Vermittlungskurs: Ulla Schmidt, die bereits in der Rentenpolitik ihre „Zuverlässigkeit“ bewiesen hatte, erschien der SPD-Führung als die adäquate Ministerin, die möglichst lange einen Konsenskurs in der Gesundheitspolitik verfolgen könnte. So liegt die Annahme nahe, daß sie zunächst für „Ruhe an der Ärzte- und der Pharmafront“ sorgen sollte, was vornehmlich durch die überraschend schnelle Rücknahme der Arzneimittel-Budgetierung erfolgte. Ihr politischer Kurs der ersten Monate lief darauf hinaus, in einzelnen Konfliktfeldern kommunikativ-regulierend zu vermitteln und ja nicht den Eindruck mangelnder Verhandlungsbereitschaft und politischer Kompromißlosigkeit zu erwecken. Es drängte sich so zunehmend der Eindruck auf, daß die Gesundheitsministerin Ulla Schmidt vornehmlich mit der Aufgabe betraut ist, bis zu den Bundestagswahlen möglichst wenig gravierende Interessenkonflikte öffentlich aufbrechen zu lassen, sondern die strukturell ungelösten Probleme und offenen politischen Fragen aufzuschieben. Ob das gelingt, ist zu bezweifeln. Möglicherweise sind aber die gravierenden Einschnitte und „Reformen“ erst nach den nächsten Wahlen zu erwarten.

## **7. Verzeichnis der verwandten Abkürzungen**

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BAH	Bundesfachverband der Arzneimittelhersteller
BKK	Betriebskrankenkasse
BMfG	Bundesministerium für Gesundheit
BPI	Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie
CDU	Christdemokratische Union
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
F.D.P.	Freie Demokratische Partei
FAZ	Frankfurter Allgemeine Zeitung
FR	Frankfurter Rundschau
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
NRW	Nordrhein-Westfalen
PKV	Private Krankenversicherung
RSA	Risikostrukturausgleich
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SZ	Süddeutsche Zeitung
VDÄÄ	Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte
VdAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen
VFA	Verband Forschender Arzneimittelhersteller

## **8. Literatur**

Deppe, H.-U. (2000): Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems, Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland, Frankfurt.

Gerlinger, T. (2001): Gesundheitspolitische Dilemmata, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, 8/2001, S. 920-923.

## **9. Verwandte Zeitschriften und Zeitungen**

Frankfurter Rundschau

Frankfurter Allgemeine Zeitung

Süddeutsche Zeitung

Der Spiegel

Deutsche Ärztezeitung

In der Reihe  
*Arbeitspapiere aus der Abteilung für Medizinische Soziologie*  
sind bisher erschienen:

- Nr. 1/1986: Walter Baumann / Hans-Ulrich Deppe: Aspekte der Arbeitsmarktsituation von Ärzten in der Bundesrepublik Deutschland (Januar 1986)
- Nr. 2/1986: Klaus Priester / Hans-Ulrich Deppe: Materialien zur Entwicklung der Ärzte-Einkommen in der Bundesrepublik (Juli 1986)
- Nr. 3/1987: Hans-Ulrich Deppe / Klaus Priester: Modelluntersuchung Ambulante Krankenpflege. Arbeitsweise und Stellung im Gesundheitswesen. Kurzfassung (Oktober 1987)
- Nr. 4/1988: Volker Wanek / Hans-Ulrich Deppe: Ärztestreiks und -proteste in der Bundesrepublik (Februar 1988)
- Nr. 5/1989: Hans-Ulrich Deppe / Klaus Priester: Bevölkerungsentwicklung und Pflegebedürftigkeit in Hessen bis zum Jahre 2009. Ergebnisse einer Modellrechnung (Mai 1989)
- Nr. 6/1989: Hans-Ulrich Deppe / Klaus Priester: Perspektiven ambulanter Pflege in Hessen. Möglichkeiten bedarfsorientierter Angebotsgestaltung. Kursfassung (November 1989)
- Nr. 7/1990: Hans-Ulrich Deppe/Uwe Lenhardt: Gesundheitswesen zwischen supranationalen Politikstrukturen und einzelstaatlicher Regelungskompetenz. Zu einigen gesundheitspolitischen Aspekten der westeuropäischen Integration (Mai 1990)
- Nr. 8/1991: Hans-Ulrich Deppe: Gesellschaftsstruktur und Gesundheitssystem. Zur Einführung für Mediziner (April 1991)
- Nr. 9/1992: Uwe Lenhardt: Regionalanalyse der kassenärztlichen Versorgung in Hessen 1977-1989. Zusammenfassung erster Ergebnisse (Februar 1992)
- Nr. 10/1992: Klaus Stegmüller: Wettbewerb und Solidarprinzip - Determinanten der Unvereinbarkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung (Oktober 1992)
- Nr. 11/1992: Hans-Ulrich Deppe: 20 Jahre Medizinische Soziologie an der J.W. Goethe-Universität in Frankfurt am Main (Oktober 1992)
- Nr. 12/1993: Andrea Antolic / Hans-Ulrich Deppe / Reinhard Schaffert: Umfrage unter MedizinstudentInnen: Daten zur sozialen Lage und zu medizinischen Vorerfahrungen von StudienanfängerInnen in Frankfurt a.M. 1989-1992 (März 1993)
- Nr. 13/1995: Thomas Gerlinger / Klaus Stegmüller: Wettbewerbskonzeptionen und „dritte Stufe der Gesundheitsreform. Positionen zur Zukunft der GKV aus Sicht der Krankenkassen, der KBV, der BDA und des DGB (Januar 1995)
- Nr. 14/1995: Thomas Gerlinger / Klaus Stegmüller: „Nachfrageprivatisierung“ und „Anbieterkonkurrenz“. Zu Positionen für eine zukünftige Wettbewerbsordnung in der GKV (März 1995)
- Nr. 15/1995: Hans-Ulrich Deppe: Zur aktuellen Entwicklung der Gesundheitspolitik in Ungarn (März 1995)

- Nr. 16/1996: Hans-Ulrich Deppe / Stjepan Oreskovic: Back to Europe – Back to Bismarck? Consequences of implementation of a health insurance scheme to the health care systems of Central and Eastern European countries (März 1996)
- Nr. 17/1998: Sebastian Irps / Kerstin Jahn / Hans-Ulrich Deppe: Umfrage unter MedizinstudentInnen, Daten zur sozialen Lage, zur Studienmotivation und zu medizinischen Vorerfahrungen von StudienanfängerInnen und Fortgeschrittenen in Frankfurt am Main 1993 – 1997 (Juli 1998)
- Nr. 18/1998: Hans-Ulrich Deppe: 25 Jahre Medizinische Soziologie an der J.W. Goethe-Universität in Frankfurt am Main (Mai 1998)
- Nr. 19/1998: Alexis Benos / Hans-Ulrich Deppe / Steve Iliffe: Equity and freedom in health care (Mai 1998)
- Nr. 20/2001: Wolfram Burkhardt: Der Ministerwechsel im Bundesgesundheitsministerium 2001 (November 2001)

Die Arbeitspapiere sind gegen eine Schutzgebühr erhältlich bei:

Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Institut für Medizinische Soziologie  
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt a.M.  
Tel. 069/6301-7610 / Fax 069/6301-6621